



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el
cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6
años**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Anibal Alexis ESPINOZA CASTAÑEDA

ASESOR

Lourdes Ángela BENAVENTE LIPA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Espinoza A. Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2017.

1280



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



4-99

ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el dieciocho de octubre del 2017, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller:

ESPINOZA CASTAÑEDA, Anibal Alexis

CERTIFICAN :

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « **ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS MENORES DE 6 AÑOS** » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento: sobresaliente, siendo calificado con un promedio de: Dieciocho 18
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los dieciocho días del mes de octubre del dos mil diecisiete.

PRESIDENTE DEL JURADO

MIEMBRO

[Firma]
Mg. Víctor Manuel Velásquez Reyes

[Firma]
Mg. María Elena Núñez Lizarraga

MIEMBRO (ASESOR)

[Firma]
Mg. Lourdes Angela Benavente Lipa

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

JURADO DE SUSTENTACIÓN

PRESIDENTE : Mg. Víctor Manuel VELÁSQUEZ REYES

MIEMBRO : Mg. María Elena NÚÑEZ LIZARRAGA

MIEMBRO ASESOR: Mg. Lourdes Ángela BENAVENTE LIPA

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado la fortaleza para seguir adelante con todo lo propuesto.

A mis amados padres quienes me dieron la vida, educación, apoyo, consejos, por su amor incondicional, además, por la confianza para continuar con mucha perseverancia esta investigación, por darme ese rayito de luz para no caer en el intento.

A mí querida hermana por ser tan linda conmigo, por su apoyo y cariño constante que siempre me ha demostrado.

A mi familia por confiar en mí y motivarme más a seguir adelante.

A mis maestros y amigos quienes sin su ayuda no hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mi alma mater la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por haberme formado profesionalmente.

Gracias de todo corazón a mi asesora Lourdes Ángela Benavente Lipa por toda su paciencia, dedicación, apoyo y por todas sus enseñanzas brindadas, por motivarme a seguir con esta investigación, mis agradecimientos y respeto serán eternos hacia Ud.

A los Doctores Víctor Manuel Velásquez Reyes y María Elena Núñez Lizarraga por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento para seguir con esta investigación; en verdad fue un privilegio haber contado con su guía y ayuda.

Al Hospital Marino Molina Scippa por acogerme y permitir realizar la investigación en el Programa CRED, junto con el apoyo de la Lic. Nora Baltodano Gutiérrez.

A mis mejores amigas Betsabé Ganoza Castillo y Rosa Luz Mendoza Oliva por su incondicional y sincera amistad, siempre han estado conmigo en mis mejores y peores momentos de mi vida. Ellas siempre son las que me arrancan una sonrisa cada vez que nos reencontramos y me motivan a seguir adelante en todo.

Al Dr. Daniel Guillermo Suarez, Coordinador del Internado 2016, que gracias a su compromiso y exigencia hacia nosotros los alumnos, tuvimos la oportunidad de culminar esta investigación satisfactoriamente.

Y un agradecimiento especial a mi querida amiga Melina Bautista Carrasco por ser mi angelito de la guarda quien me ayudó y motivó con la investigación e hizo que mi consideración y afecto hacia ella crezca más con este noble gesto que tuvo hacia mi persona.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar las actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control y crecimiento (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD-Comas, durante el año 2017. **Materiales y Métodos:** La muestra estuvo conformada por 207 madres de hijos menores de 6 años, se utilizó un cuestionario de preguntas para medir las actitudes y prácticas sobre la salud bucal de sus hijos. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizándose tablas de frecuencia y de contingencia. **Resultados:** el rango de edad prevalente de las madres fue de 26-35 años con un 45.4%; el 57.5% de las madres tenían más de 1 hijo, el 49.8% eran trabajadoras del hogar, el grado de instrucción más prevalente fue secundaria completa (43.5%), la mayoría de madres presentaron actitudes “buenas” (51.7%) y tuvieron prácticas “regulares” (60.4%) y la relación entre ambas fue que se evidenció que las madres que presentaron actitudes “buenas” tuvieron prácticas “buenas” en 19.8% y “regular” en 29.5% en mayor porcentaje y las madres con actitudes “malas” tuvieron prácticas malas en un 1.9% en un mayor porcentaje. **Conclusión:** Existe relación entre las actitudes y prácticas de las madres de hijos menores de 6 años sobre el cuidado de la salud bucal.

Palabras claves: Actitudes, prácticas, salud bucal.

SUMMARY

Objective: To relate mothers' attitudes and practices to the oral health care of their children under 6 years of age who attended the Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas Control and Growth Program (CRED) during the year 2017. **Materials and Methods:** The sample consisted of 207 mothers of children under 6 years of age, a questionnaire was used to measure the attitudes and practices on the oral health of their children. Data were analyzed using descriptive statistics, using frequency and contingency tables. **Results:** the prevalent age range of mothers was 26-35 years old with 45.4%; 57.5% of the mothers had more than 1 child, 49.8% were domestic workers, the most prevalent level of education was full secondary (43.5%), the majority of mothers had "good" attitudes (51.7%) and had practices "Regular" mothers (60.4%) and the relationship between the two groups showed that mothers with "good" attitudes had "good" practices at 19.8% and "regular" at 29.5%, and mothers with "bad" attitudes "Had bad practices by 1.9% in a higher percentage. **Conclusion:** There is a relationship between the attitudes and practices of mothers of children under 6 years of age regarding oral health care.

Key words: Attitudes, practices, oral health.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	11
II.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
	2.1 ÁREA PROBLEMA	13
	2.2 DELIMITACIÓN	14
	2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
	2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	15
	2.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
	2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
	2.5 JUSTIFICACIÓN.....	16
	2.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	16
III.	MARCO TEÓRICO	17
	3.1 ANTECEDENTES.....	17
	3.2 BASES TEÓRICAS.....	27
	3.2.1 CONOCIMIENTO	27
	3.2.2 ACTITUDES	28
	3.2.3 PRÁCTICA	28
	3.2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS EN SALUD....	29
	3.2.5 FISIOLOGÍA DENTARIA	29
	3.2.6. DIETA	32
	3.2.7 ENFERMEDADES BUCALES PREVALENTES	34
	3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	55
	3.4 HIPÓTESIS.....	56
	3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
IV.	METODOLOGÍA.....	58
	4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	58
	4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	58
	4.3. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICA	60
	4.4. PROCESAMIENTO DE DATOS	60
V.	RESULTADOS.....	61

VI.DISCUSIÓN.....	77
VII.CONCLUSIONES	80
VIII.RECOMENDACIONES.....	81
IX.BIBLIOGRAFÍA.....	82
X. ANEXOS	90

LISTA DE CUADROS O TABLAS

Cuadro N° 1.....32

Tabla N° 1.....61

Tabla N° 2.....63

Tabla N° 3.....65

Tabla N° 4.....67

Tabla N° 5.....69

Tabla N° 6.....71

Tabla N° 7.....73

Tabla N° 8.....75

LISTA DE FIGURAS O GRÁFICOS

Gráfico N° 1.....62

Gráfico N° 2.....64

Gráfico N° 3.....66

Gráfico N° 4.....68

Gráfico N° 5.....70

Gráfico N° 6.....72

Gráfico N° 7.....74

Gráfico N° 8.....76

I. INTRODUCCIÓN

Los conocimientos, actitudes y prácticas en la salud son muy importantes para la prevención y curación de las enfermedades. Sin embargo, la caries dental aparece entre las primeras causas de morbilidad bucal a nivel mundial, en nuestro país la situación no es ajena a ello ⁽¹⁾, al no ser la salud oral tema transcendente para la población debido a factores como la condición socio-económica-cultural, la falta de educación, entre otras que hacen que la población no asista al odontólogo a menos que tenga un problema sintomatológico que limite su actividad diaria.

La salud oral es muy importante en la salud general de lactantes y niños, las enfermedades bucales se manifiestan desde los primeros años de vida y sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético.

Según la OMS, la caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en algunos países asiáticos y latinoamericanos, afectando entre un 60 y 90% de niños en edad escolar ⁽²⁾.

Las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta, de autocuidado ⁽³⁾, por lo tanto, es una conducta que debería realizar la persona para sí misma, pero no se nace con ella, sino que hay que desarrollarla a través del aprendizaje con el uso de las técnicas afectivo-participativas.

Los niños menores de 6 años generalmente pasan la mayor parte de su tiempo con su madre y/o familiares, en estos primeros años de socialización el niño aprende sus rutinas, adquiere hábitos y conductas establecidas como normas en el hogar, las que dependen de los conocimientos, actitudes y prácticas de sus padres y su entorno.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 ÁREA PROBLEMA

Las patologías bucales más frecuentes y comunes son la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones que constituyen un importante problema de salud pública para la población y sociedad, teniendo un mayor impacto en comunidades de bajos recursos pudiendo llegar a afectar la nutrición, las relaciones interpersonales y hasta la salud general. Las enfermedades bucales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes, como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, digestivas, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente y los hábitos alimenticios ⁽¹⁾.

Los estudios epidemiológicos realizados determinan que la prevalencia de las enfermedades bucales están asociadas al grado de instrucción, situación socio-económico, el nivel de conocimiento ⁽²⁾ pero también a las actitudes y prácticas que asumen las madres las que repercute en sus hijos, siendo la educación para la salud uno de los ejes que aseguran la preservación del cuidado integral del niño.

En el Perú, en 2010, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que 95 de cada 100 peruanos padece caries dental, el índice de caries a los 12 años es de 5.9, lo que muestra que el Perú no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que esta se incrementa con la

edad⁽³⁾ y en el año 2014 según la encuesta demográfica (ENDES 2013) realizado por el MINSA se evidencia niños de 1 a 11 años con prácticas adecuadas de higiene bucal es de 22% en varones y en mujeres es de 21.2%, obteniendo una mayor prevalencia en la región costa (26.4%)⁽⁵⁾ lo cual se aprecia que hay un fuerte vínculo con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal.

2.2 DELIMITACIÓN

Los conocimientos, actitudes y prácticas en función a tener una buena salud bucal dependen mucho de las madres, y es esencial porque ella influirá en su o sus hijo/as de acuerdo a su experiencia a una adecuada salud bucal y general.

Se evidencia que las enfermedades más prevalentes en los niños son la caries dental y las maloclusiones⁽⁵⁾ las cuales se pueden prevenir, evitar y/o controlar, a través de la aplicación de métodos preventivos en etapas tempranas durante el proceso de crecimiento y desarrollo del niño, en la cual la madre juega un rol muy importante, quien tiene una gran responsabilidad y cargo a través de sus conocimientos, actitudes y prácticas lo que influenciará en el desarrollo del sistema estomatognático.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre las actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que

acuden al programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD - Comas en el año 2017?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acuden al Programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD-Comas.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características sociodemográficas de las madres de hijos menores a 6 años que acuden al Programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas.
- Determinar las actitudes de las madres de familia sobre salud oral en sus hijo/as menores de 6 años que acuden al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas.
- Determinar las prácticas que poseen las madres de familia sobre salud oral en sus hijo/as menores de 6 años que acuden al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas.

2.5 JUSTIFICACIÓN

Determinar las actitudes y prácticas sobre el cuidado de la salud bucal de las madres en sus hijos es importante porque son ellas quienes iniciarán y ejecutarán métodos preventivos de cuidado de la salud bucal desde el nacimiento en función a su experiencia en crianza a su hijo/a.

La importancia del presente trabajo es evaluar la relación entre las actitudes y prácticas de las madres que acuden al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD- Comas, que en base a los resultados de un cuestionario, se podrá elaborar y diseñar protocolos de promoción y prevención de salud bucal y promover la aplicación adecuada de estrategias educativas dirigidas a las madres sobre el cuidado de la salud oral del niño y lograr alcanzar la meta dada por la OMS, que es tener niños menores de 6 años libres de caries y generar el bienestar hacia una mejor calidad de vida.

2.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Falta de veracidad de las madres al desarrollar el cuestionario.
- Falta de cooperación de las madres para ser evaluadas en las prácticas de salud oral de sus niños.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

MANI, S Y COLS (2016), realizaron un estudio exploratorio con una población de 34 personas responsables del cuidado de niños en Malasia, los cuales fueron evaluados mediante un cuestionario que medía aspectos del conocimiento, actitudes y prácticas de la salud bucal en los niños, se obtuvo como resultado que el conocimiento en saber sobre las causas de la caries dental fue “buena” en la mayoría, pero los conceptos de transmisibilidad y efecto de azúcares ocultos no eran evidentes. Un 70% desconocía que la alimentación frecuente con biberón podría causar caries y que el conocimiento no se vio reflejado en la práctica adecuada ⁽⁶⁾.

NÚÑEZ, M (2015), determinó la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de madres respecto a la prevención, presencia de CIT y el estado bucal de sus niños, la cual fueron evaluadas mediante un cuestionario y un examen clínico a sus hijos, la muestra estuvo constituida por 231 niños de 36 a 71 meses. Se obtuvieron como resultado que las madres presentaron un nivel de conocimiento “bueno” en un 64.5% y con respecto a prácticas y actitudes se evidenció que fue “regular” en un 75.8%; y en sus hijos se evidenció que la mayoría de niños desarrollaron CIT en estadio malo en un 68.8%, lo cual se concluye que no se encontró relación entre conocimientos, prácticas y actitudes con la presencia de CIT⁽⁷⁾.

RIOS, C (2014), realizó un estudio con 255 madres que acudieron al Programa de Crecimiento y desarrollo del en el Policlínico Pacasmayo EsSalud en la cual se aplicó un cuestionario de preguntas lo cual se obtuvo como resultado que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres fue bueno en 67.5%, adecuada en el 80.8% y regular en el 84.7% respectivamente. Se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad y la ocupación; entre la actitud y el nivel de instrucción y entre las prácticas con la ocupación y el estado civil de las madres. Se concluye que las madres presentaron buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en los niños, lo cual es favorable para el logro de higiene adecuado en sus niños, lo que es favorable para lograr hábitos de higiene adecuados en los niños y que mejore su calidad de salud oral ⁽⁸⁾.

CASTILLO, K (2013), evaluó a 163 madres de hijos de 0 a 66 meses que asistieron a consulta médica en la unidad comunitaria de Salud Familiar de San Francisco Chinameca en el departamento de La Paz, utilizando una cédula de entrevista se evaluó las actitudes y conocimientos en salud bucal, aplicándose una guía de observación para la evidencia de CIT (caries infantil temprana), de los cuales se evidenció que existía relación directa con respecto a las actitudes en salud bucal con la presencia de CIT que fue “regular” en un 60%; también se encontró una relación significativa donde las madres evaluadas presentaron solamente conocimientos “altos” en salud bucal en un 54% obteniendo un c,e,o,d moderado y bajo en un total de 83 niños ⁽⁹⁾.

CALDERÓN, P (2012), comparó las actitudes, conocimientos y prácticas relativas con respecto a salud oral infantil de madres primigestas y multíparas de niños de 3 años pertenecientes al CESFAM (Centro de Salud Familiar), lo cual tuvo una muestra de 72 madres, 36 primigestas y 36 multíparas, en la cual se le aplicó un cuestionario de preguntas (conocimientos, actitudes y prácticas) referentes a salud oral infantil, además de ello se hizo un registro dietético, se analizó el índice de c,e,o,d, e índice de higiene de O'leary. El resultado de la investigación fue que las madres multíparas presentaban conocimientos "buenos" en un 52.8%, actitudes "aceptables" en un 50% y prácticas "aceptables" en un 63.9%, también se evidenció en sus hijos un riesgo de dieta alto, índice c,e,o,d de 2,31 siendo de severidad baja y con índice de higiene malo; y en el caso de las madres primigestas se evidenció que sus conocimientos eran "aceptables" en un 61.1%, prácticas "aceptables" en un 47.2% y sus actitudes eran "buenas" en un 55.6%, evidenciando en sus hijos un riesgo de dieta moderado, índice c,e,o,d de 2,8 catalogado como severidad moderada con índice de higiene malo ⁽¹⁰⁾.

BENAVENTE, L Y COL (2012), evaluaron a 143 madres de hijos menores de 5 años de edad que acuden a la atención en MINSA y ESSALUD, en las cuales se le aplicaron una encuesta para evaluar el nivel de conocimiento en salud bucal y también se le realizó una ficha de diagnóstico al hijo, en las que fueron evaluados a luz artificial utilizando índices de ceo-d (cariados, extraídos y obturados) y Greene y Vermillion; obteniendo como resultados que no se evidenció relación directa entre el nivel de

conocimiento que fue entre “regular y bueno” en un 77.6% por parte de las madres con el estado de salud bucal del hijo que se evidenció “mala”⁽¹¹⁾.

ASHKANANI, F Y COL (2012), evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de 334 personas que cuidan a niños menores de 6 años en relación a salud oral en Kuwait, el estudio se realizó a través de cuestionarios, de los cuales se obtuvo como resultado que las madres tenían mejor conocimiento que los cuidadores en un 91.3%, actitudes “buenas”, prácticas “regulares” y que la educación superior se asoció con el conocimiento y prácticas, es decir, la educación y el grado de instrucción se asoció positivamente con las madres⁽¹²⁾.

SOAREZ, J Y COL (2011), realizaron un estudio con 391 madres de pre escolares de 2 a 5 años en las cuales se le evaluó a través de cuestionarios en relación a la higiene bucal y dieta de sus hijos, se evidenció que el 70.1% confirmaron haber recibido información sobre higiene bucal cuya fuente de información fue por un dentista (55.8%) y en relación a su dieta el 66% de las encuestadas se evidenció que sus hijos tenían una dieta cariogénica⁽¹³⁾.

MARTÍNEZ, G Y COL (2011), realizaron un estudio con 333 padres de familia y 8 cuidadores de hogares infantiles, en las que se le aplicaron encuestas y entrevistas para la evaluación de las variables; en las cuales se obtuvo como resultado que se evidenciaron buenos niveles de

conocimientos en un 58.9% y actitudes favorables en 74.5% y para las prácticas el 50.6% duermen con los dientes cepillados y el 69.6% de los padres le colocan dentrífico sobre el cepillo; por ende, se concluye que los padres y cuidadores manifestaron condiciones favorables dentro de sus percepciones, motivo por el cual puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los hijos⁽¹⁴⁾.

TEIXEIRA, P Y COLS (2011), realizaron un estudio con una población de 102 madres de niños de 0 a 3 años, se aplicó encuestas cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en sus niños que asistían al Hospital Materno Infantil San Pablo Paraguay en el año 2010. Los resultados de este estudio fueron que la mayoría de las madres (85%) tuvieron un nivel de conocimiento “no aceptable” y que solo un 1% tuvieron un nivel de conocimiento “bueno”. Con respecto al rango de edad se observó que las madres mayores de 25 años fueron las que presentaron mejores niveles de conocimientos: de este estudio se concluye que hay un bajo porcentaje de conocimiento de higiene bucal en las madres de los pequeños y que se recomienda desarrollar programas educativos a fin de proporcionar métodos preventivos y de concientización de salud bucal infantil ⁽¹⁵⁾.

NUÑEZ, J Y COLS (2011), realizaron una evaluación en el nivel de conocimiento de salud oral y la utilización de los servicios odontológicos durante el control prenatal en puérperas del servicio integral de la mujer de

una clínica en Chile, teniéndose como resultado que el nivel de conocimiento fue regular, siendo similares al de otros países de latinoamericanos, sin embargo los valores distan de los observados en países desarrollados ⁽¹⁶⁾.

COUTO, A Y COLS (2010), realizaron un estudio con una muestra escogida intencionalmente con 7 madres cuyo objetivo fue conocer las prácticas y significados de salud bucal de madres de niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la UFSC, en las que se las entrevistó y se evidenció que las limitaciones vivenciadas por las madres en relación a su salud bucal están influenciadas principalmente por experiencias negativas con los dentistas, dificultades de acceso a los servicios públicos y la carencia económica para acudir a consultorios particulares. Motivo por el cual a pesar de que desean cuidar la salud bucal de sus hijos no podían realizarlo de manera frecuente porque no tenían las condiciones económicas y sociales para enfatizar sus conocimientos en práctica ⁽¹⁷⁾.

SURESH, B Y COLS (2010), realizaron un estudio en la India con 406 madres de niños pre escolares la cual evaluaron las características sociodemográficas, prácticas dietéticas, prácticas higiénicas y la importancia de los dientes deciduos, en la que se realizó a través de un cuestionario con 20 preguntas. Se obtuvo como resultado que el 73.8% de madres tuvieron buen conocimiento sobre dieta y las practicas dietéticas, y que sólo se encontró que el 27.1% madres tuvieron “buen” conocimiento

sobre la importancia de la higiene bucal y 25.4% tuvieron “buenas” prácticas sobre salud bucal e importancia de los dientes deciduos de sus hijos, se concluye que los hábitos de higiene oral y los hábitos alimenticios establecidos durante los días preescolares; de parte de los padres, especialmente las madres, funcionan como modelos para sus hijos ⁽¹⁸⁾.

POMBO, A (2009), estudió a 282 padres de hijos 5 a 14 años de edad, en las cuales se utilizaron cuestionarios sobre higiene bucal, conocimientos y actitudes de los padres, y también se utilizaron indicadores de evaluación de caries y de índice de higiene oral en sus hijos, evidenciándose que el nivel de conocimiento es mayor según el tipo de profesión (técnico y profesional) teniendo como resultado que los padres de los niños que tienen por costumbre cepillarse los dientes y que tienen poca ingesta de dulces teniendo significativamente más respuestas correctas que los que no lo hacen, estableciéndose así una relación directa ⁽¹⁹⁾.

ABIOLA, A Y COL. (2009), realizaron un estudio a 404 madres para medir la relación entre los factores relacionados con la maternidad y el estado de salud dental de sus hijos en edad preescolar a través de un cuestionario en el estado de Lagos, Nigeria. En el cuestionario se registró los datos sociodemográficos de las características y evaluó su percepción de las necesidades dentales de su niño, actitud hacia la enfermedad oral, prevención, nivel de conocimiento y actitud hacia la salud bucal. Obteniéndose como resultado que la edad materna, educación materna,

ubicación de residencia, conocimientos maternos y actitudes estaban todos positivamente correlacionados con la caries del niño y el estado de higiene bucal. De esto se concluye que la edad y actitud fueron los determinantes importantes de caries, mientras que la actitud de la madre fue un determinante importante de la limpieza oral en niños preescolares en el estado de Lagos Nigeria ⁽²⁰⁾.

MOURA, LAF Y COLS. (2007), evaluaron la asimilación de los conocimientos y prácticas preventivas en salud oral por las madres de niños que fueron atendidos en un programa de atención odontológico madre-hijo, en función a la adopción de hábitos favorables de salud oral, teniendo como conclusión que las madres que asistieron al programa obtuvieron un nivel de información bueno y adoptan en su ámbito familiar prácticas favorables para el control y prevención de enfermedades orales ⁽²¹⁾.

FINLAYSON, T Y COLS. (2007), estudiaron las relaciones entre Factores cognitivos, conductuales y psicosociales maternos y prácticas de cepillado en niños preescolares afroamericanos de bajos ingresos, se utilizaron encuestas a 1021 familias con niños menores a 6 años que vivían en sectores de bajos ingresos en Michigan. Las madres fueron encuestadas acerca de la auto-eficacia relacionada con la salud oral (OHSE), conocimientos sobre el uso apropiado de botellas (KBU), conocimientos sobre la higiene oral de los niños (KCOH), el fatalismo de la salud oral (OHF), su comportamiento de cepillado de dientes, síntomas

depresivos (CES-D), estrés parental, el apoyo social práctico y la historia dental de sus hijos. Se obtuvo como resultado que los factores cognitivos, conductuales y psicosociales de las madres se asociaron con la práctica del cepillado de los niños. Los hallazgos sugieren que al Intervenir sobre estos factores podría ayudar a fomentar hábitos dentales saludables y frecuencia de cepillado de los niños en la vida temprana ⁽²²⁾.

ROMERO, M (2007), realizó un estudio a 165 madres en Brasil para evaluar el riesgo de caries que podían presentar sus hijos en relación a los conocimientos, cuidados con la higiene oral, dieta y visitas al dentista; se utilizó un cuestionario para realizar este estudio cuyos resultados fueron que los conocimientos de las madres sobre la causa de la caries dental no se asoció con la presencia de caries en sus hijos, debido a que un gran porcentaje no había recibido orientación o entrenamiento en hábitos de salud oral por un profesional de la salud, el 66.6% tenían prácticas “malas” en sus hijos evidenciándose caries, el 69.7% con higiene bucal deficiente y 72.5% con dieta cariogénica, lo cual, de esto se concluye que las acciones educativas de salud oral por los programas de salud en familia deberían enfatizar más en la correcta orientación sobre los determinantes de la caries dental para así evitar un gran porcentaje de conocimientos erróneos por parte de las madres y una alta susceptibilidad de caries en sus hijos ⁽²³⁾.

BENOIT, B Y COLS (2006), realizaron un estudio en evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y auto cuidado en salud oral de 505 niños y 493 de las madres de las cuales se obtuvo como resultado que para los niños y

adultos, los niveles de conocimiento, actitudes y autocuidado de la salud oral eran bajos; El 36% de los niños y el 57% de los de las madres realizaban limpieza dental. De esto se concluye que las autoridades sanitarias deben fortalecer la implementación de la enfermedad oral con la prevención y promoción de la salud ⁽²⁴⁾.

SAYEGH, A Y COLS (2005), hicieron un estudio en madres la cual evaluaron los factores sociodemográficos, comportamientos de higiene oral, alimentación infantil y prácticas alimentarias en sus niños de 4 a 5 años a través de un cuestionario. Los resultados fueron que alrededor del 67% de los niños tenían caries, el 31% habían CPOD mayor que 4 y el 66% tenía gingivitis. De los niños que habían sido amamantados por completo, el 86% habían sido alimentados bajo demanda. Las madres de los niños que asisten a los jardines de infancia con las más bajas tasas de matrícula eran más propensos a tener amamantado a sus hijos en la demanda y durante más de 18 meses (periodo de lactancia prolongada) en comparación con los jardines de infantes que asisten con tarifas más altas. De esto se concluye que las estrategias de promoción de la salud necesitan estar dirigido a las madres provenientes de sectores menos favorecidos ⁽²⁵⁾.

CHAN, S Y COLS (2002), realizaron un estudio sobre la medición de los hábitos de alimentación infantil y las prácticas de higiene oral de los niños preescolares de Hong Kong y también se midió el conocimiento y actitudes

de las madres sobre el estado de salud bucal de sus niños. Teniéndose como resultado que un 12.6% del total no conocía la condición oral de su hijo, un 87,5% de las madres no habían recibido ninguna Información sobre el cuidado de la salud durante períodos antes o después del parto, 66.2% de los niños tuvieron prácticas de cepillado “favorables” y casi todos, el 97% de los encuestados dijeron que les gustaría obtener más información sobre la atención de la salud oral ⁽²⁶⁾.

3.2 BASES TEÓRICAS

Una buena calidad de vida se debe gracias a la salud oral. Es por ello que la OMS integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud oral mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización ⁽²⁷⁾.

3.2.1 CONOCIMIENTO

Es el resultado del proceso de conocer; lo que se obtiene del sujeto, que tiene noción del objeto que es conocido. El hombre como ser racional hace suya la realidad y se apodera mentalmente de sus elementos; los conoce y es capaz de transmitir estos conocimientos a través del lenguaje a sus congéneres de generación en generación ⁽²⁸⁾.

Se relaciona con la capacidad de adquirir, retener y utilizar la información, una mezcla de comprensión, experiencia, criterio y habilidad. Por otro lado

implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior mental que es el conocimiento.

En conclusión el término “conocimiento” se refiere a un proceso mental mucho más elaborado, por ende, es más difícil de evaluar correctamente ⁽²⁷⁾.

3.2.2 ACTITUDES

Es un sentimiento constante, positivo o negativo hacia un objeto. Es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera o modo (como una actitud conciliadora). Pero también se refiere a la postura del cuerpo de una persona (cuando se transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) o de un animal (cuando logra concretar atención por alguna cuestión).

Se dice que no existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud ⁽²⁷⁾.

3.2.3 PRÁCTICA

Es la aplicación de las normas y conocimientos que conducen a la acción del individuo. En este caso, relacionándolo con el estudio, viene a hacer la aplicación de los conocimientos que tiene la madre respecto al hijo en función a la salud bucal.

3.2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS EN SALUD

La información constante está al alcance de las madres, cada una responde a ello de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo hacer una selección de lo que le interesa y de lo que no.

El modelo de conocimiento- acción establece, que al percibir un estímulo, el individuo lo interpreta, lo cual dependerá de la correspondencia entre los conocimientos, experiencias, creencias del individuo y la manera del cual se ha generado el mensaje ⁽²⁷⁾. De esto se razona que en la mayoría de casos el conocimiento produce cambios en la conducta de las madres porque se dice que si aumentamos el nivel de conocimientos se generarán cambios en las actitudes, pero en algunos casos no es suficiente ya que también dependerá de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo actitudes, creencias y valores.

3.2.5 FISIOLÓGÍA DENTARIA

A. DESARROLLO DENTARIO

El desarrollo dentario u odontogénesis viene a ser un conjunto de complejos procesos que permiten la erupción dentaria debido a la modificación histológica y funcional de las células.

La posición dentaria temporal queda determinada en la 6ta y 8va semana de desarrollo embrionario, a medida que la lámina dental prolifera en las localizaciones específicas y brotan los gérmenes dentarios hacia el tejido mesenquimático subyacente ⁽²⁷⁾.

B. ERUPCIÓN DENTARIA

La erupción dentaria se define como el momento en el que el diente sobresale de la encía y es visible.

Convencionalmente se han reconocido 3 fases que permiten describir los movimientos y características eruptivas de un diente las cuales son: Fase pre eruptiva, fase eruptiva prefuncional (o fase eruptiva), fase eruptiva funcional (o fase poseruptiva) ⁽²⁹⁾.

FASE PRE ERUPTIVA: En esta fase se producen los movimientos dentarios, crecimiento y desarrollo del diente antes de la formación de la raíz.

FASE ERUPTIVA PREFUNCIONAL: Esta fase se da el inicio de la formación radicular y termina cuando se produce el contacto del diente con su antagonista.

FASE FUNCIONAL: En esta fase la raíz está formada completamente, desde que hay contacto oclusal y reestructuraciones de los tejidos de soporte durante la vida de la pieza dentaria ⁽²⁷⁾.

C. TIPOS DE DENTICIÓN

Existen dos tipos de dentición: Decidua y Permanente.

DENTICIÓN DECIDUA: La dentición temporaria aparece a erupcionar en boca aproximadamente a los 6 meses de vida del niño y se completa alrededor de los 3 años ⁽²⁹⁾. Esta dentición está compuesta por 20 diente de las cuales son 10 en el sector superior y 10 en el sector inferior. En esta

dentición temporal no erupcionan premolares ni terceras molares. En este caso, en este tipo de dentición, la mayoría de padres o encargados de niños con este tipo de dentición no le dan el cuidado ni importancia necesaria porque su pensamiento es que esos dientes van a caer al final antes que el niño cumpla siete años.

DENTICIÓN PERMANENTE: La segunda dentición o también llamada dentición permanente comienza a realizar su etapa de recambio a los 6 años de vida del niño y culmina más o menos entre los 18 a 25 años de edad con la erupción de las terceras molares. En esta dentición permanente tendremos en el grupo de los anteriores 4 centrales y 4 laterales, 4 caninos y en el grupo posterior 8 pre molares los cuales van a reemplazar a los molares deciduos y 12 molares incluyendo a las terceras molares, aunque en algunas personas no logran su erupción.

De esta manera se completa 32 piezas dientes, 16 superiores y 16 inferiores.

CUADRO N°1

CRONOLOGÍA DE FORMACIÓN Y ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN

DECIDUA

	DIENTES SUPERIORES		DIENTES INFERIORES	
	INICIA SU FORMACIÓN	ERUPCIÓN	INICIA SU FORMACIÓN	ERUPCIÓN
INCISIVOS CENTRALES	4 meses de V.I.U.	7 ½ meses	4 ½ meses de V.I.U.	6 meses
INCISIVOS LATERALES	4 ½ meses de V.I.U.	9 meses	4 ½ meses de V.I.U.	7 meses
CANINOS	5 meses de V.I.U.	18 meses	5 meses de V.I.U.	16 meses
PRIMERA MOLAR	5 meses de V.I.U.	14 meses	5 meses de V.I.U.	12 meses
SEGUNDA MOLAR	6 meses de V.I.U.	24 meses	6 meses de V.I.U.	20 meses

Fuente: Paz M, Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” MINSA 2014, [Tesis de titulación] Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología, 2015.

3.2.6. DIETA

Se dice que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejercen una influencia muy marcada sobre el nivel de salud, así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo a las de la cavidad oral ⁽²⁷⁾. La cantidad de azúcares como la sacarosa genera un

estímulo del metabolismo de la placa bacteriana descendiendo el pH de la placa conllevando a un medio ácido sobre la superficie dental provocando así la desmineralización del esmalte, la cual si esto se da de manera constante se producirá la caries dental, es por ello que es importante el reconocimiento de una dieta altamente cariogénica ya que puede ser muy perjudicial para el niño y más si no tiene los cuidados o hábitos necesarios con respecto a su salud bucal.

A. ALIMENTOS CARIOGÉNCOS

Los alimentos cariogénicos van a ser aquellos que contienen hidratos de carbono fermentables, susceptibles a ser metabolizados por los gérmenes de la placa dentaria que van a estimular el desarrollo de la caries ⁽³⁰⁾ la cual son los siguientes:

SACAROSA: Es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa la cual origina una alta tasa de cariogenidad debido a que es un producto de fácil metabolización para los microorganismos.

LACTOSA: Es un disacárido de glucosa y galactosa, la cual desmineraliza el esmalte dental generando un medio ácido en la placa dental cuando actúa a través de los microorganismos.

FRUCTUOSA: Es un azúcar natural que se encuentra en las frutas la cual es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte a momento de la ingesta. Entonces, dentro de los alimentos cariogénicos son considerados:

los caramelos masticables, caramelos duros, galletas, dulces, chocolates y bebidas azucaradas ⁽³¹⁾.

B. ALIMENTOS NO CARIOGÉNICOS:

Los alimentos no cariogénicos son aquellos que tienen una baja tasa de susceptibilidad de caries, entre ellas tenemos: pescados, lácteos, dietas ricas en fosfatos y calcio, grasas (por formar una superficie protectora), proteínas, zanahorias, rabanitos y manzanas ⁽³¹⁾.

3.2.7 ENFERMEDADES BUCALES PREVALENTES

Es importante tener conocimiento que las enfermedades bucales prevalentes de los niños se presentan de manera progresiva. Muchas de ellas vienen a ser consecuencias de una incorrecta higiene y otras son de origen genético o vinculado al tipo de alimentación.

Entre las principales enfermedades bucales prevalentes tenemos:

A. CARIES DENTAL:

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta ⁽⁹⁾.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) reconoce a la caries dental como una enfermedad causada por la presencia y patogenia del biofilm dental y la define como un proceso patológico y localizado de origen externo que se inicia después de la erupción dentaria, determinada por una

desmineralización de los tejidos duros del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad ⁽⁹⁾.

También menciona en términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental que generalmente suele estar acompañado de dolor o sensación de molestia ⁽³³⁾.

A.1 ETIOLOGÍA:

A.1.1 HUESPED SUSCEPTIBLE:

El diente ofrece puntos débiles que lo predispone a la susceptibilidad de la caries dental ⁽³³⁾:

- **Anatomía:** La pieza dental presenta algunas zonas retentivas como las fosas y fisuras profundas que generalmente se evidencian en las piezas posteriores, también en las superficies proximales, donde es limitado el acceso de la saliva y los instrumentos de higiene bucal.
- **Disposición de los dientes en la arcada:** Uno de los factores puede ser el apiñamiento dentario en la cual predispone a la susceptibilidad de caries dental.
- **Constitución del esmalte:** Su deficiencia durante la formación de la matriz o en la mineralización puede favorecer el desarrollo de caries.
- **Edad pos eruptiva del diente:** La susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente y disminuye con la edad.

- **Grupo etéreo:** La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad. Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa. En aquellos niños de tres a cinco años de edad, la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas, ausentes en dientes primarios anteriores superiores, o con un índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa ⁽⁵³⁾.

A.1.2 PLACA BACTERIANA DENTAL

Los principales microorganismos suelen ser bacterias grampositivas principalmente streptococcus y lactobacilos, la cual van a producir ácido láctico difícil de neutralizar ⁽³⁴⁾.

A.1.3 SUSTRATO

Son los carbohidratos fermentables en la dieta; la sacarosa viene a ser el sustrato más cariogénico ya que produce glucano, que es un polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental. Cuando el pH en la boca está por debajo del valor de 5.5 lo cual es un valor crítico, comienza a producir la desmineralización del esmalte. Este proceso ocurre de 3 a 5 minutos después de la ingesta del alimento y tarde entre 30 a 60 minutos en alcanzar la neutralización del pH en 7.

Por lo tanto la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal ⁽³⁴⁾.

A.1.4 TIEMPO

La presencia y formación de caries no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia, frecuencia de la ingestión y permanencia. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestión/día contribuye para aumentar el riesgo de caries. Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de remineralización ⁽³³⁾.

Mientras más sea el tiempo de permanencia de los alimentos en la boca, mayor será el daño producido y el número de ataques ácidos del que la dentición no podrá recuperarse, motivo por el cual se producirá caries dental.

A.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

A.2.1 LESIÓN INICIAL DE CARIES EN LA SUPERFICIE DEL ESMALTE- MANCHA BLANCA

En este periodo se produce un reblandecimiento en la superficie del esmalte. Cuando esto se da, el porcentaje de pérdida de mineral se vuelve

mayor en esta zona que en la superficie produciéndose la llamada “lesión subsuperficial”. En este caso, esta capa del esmalte se puede reparar por deposición del calcio y fosfatos disueltos desde la superficie del esmalte ⁽³⁴⁾.

A.2.2 LESIÓN INICIAL DE CARIES DE FOSAS Y FISURAS

Inicialmente la lesión inicial se da en las paredes de las fosas y fisuras y tiene el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa. Esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura, que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos básicos de la placa, suavizando el ataque ácido en la base de la fisura durante la fase inicial de la formación de caries dental ⁽³³⁾.

A.2.3 CARIES EN DENTINA

La dentina es un tejido vital íntimamente interconectado con el tejido pulpar, la cual constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión mediante los siguientes mecanismos:

- Esclerosis tubular: Proceso por el que se deposita mineral en la luz de los túbulos dentinarios. Se suele observar justo en la periferia de las lesiones de caries que afectan a la dentina.

- Formación de la dentina reparadora: Constituye la creación de una capa de dentina irregular en la interfase de la dentina y la pulpa. Es llamada también “dentina terciaria”, para diferenciarla de la “dentina primaria” formada antes de la erupción dentaria, y de la “dentina secundaria” formada durante toda la vida ⁽³³⁾.

B. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La causa principal de la enfermedad periodontal es la interacción entre las bacterias que se encuentran en la placa dental, la capa pegajosa, virtualmente invisible que se acumula en los dientes diariamente y la respuesta del cuerpo a dichas bacterias. Estas bacterias crean toxinas que irritan e inflaman las encías. Este proceso inflamatorio destruye los tejidos de la encía y causa que se separen del diente. Si no se trata, la enfermedad avanza hasta dañar el hueso subyacente. Cuando no se remueve la placa del diente periódicamente, forma una sustancia sólida, porosa llamada cálculo o sarro. Si se forma cálculo o sarro en las raíces del diente bajo la línea de la encía, éste irrita aún más las encías y contribuye a más acumulación de placa y más enfermedad. Solamente un higienista dental puede remover la placa y el sarro de sus dientes. Una vez las bacterias en la placa han creado inflamación y ocurre daño al tejido de la encía, un sinnúmero de otros factores pueden contribuir a la severidad de la enfermedad periodontal y a la velocidad en la que avanza.

Entre ellos están:

- Fumar o mascar tabaco
- Pobre higiene oral
- Puentes mal ajustados
- Dientes mal alineados
- Restauraciones defectuosas
- Comida incrustada entre los dientes

B.1 ASPECTOS GINGIVALES EN LA DENTICIÓN DECIDUA

La encía del niño con una dentición decidua completa es, por lo general, más rojiza y tiene un carácter más flácido que la del adulto; está formada por tejido conectivo recubierto por epitelio que cubre el hueso y rodea el cuello de los dientes. Estructuralmente esta se divide en encía libre, encía insertada y encía interdental ⁽³³⁾.

La gingivitis viene a ser una enfermedad originada por el acúmulo de placa bacteriana en el surco gingival, lo cual genera la inflamación de la encía, pero si se tiene los cuidados y tratamiento necesario se puede establecer a su estado sano o normal ya que es un proceso patológico reversible.

Aunque son más de trescientas las especies bacterianas que pueden aislarse en el surco gingival y las bolsas periodontales, lo más probable es que el incremento en los niveles subgingivales de *Actinomyces* sp. y bacilos anaerobios contribuyan al desarrollo de la gingivitis en los niños. Clínicamente se caracteriza por una encía hiperémica, edematosa y que sangra espontáneamente al cepillar los dientes o al realizar un sondaje en la consulta. Se puede apreciar la presencia de placa bacteriana sobre los dientes y surco gingival. El pronóstico de la gingivitis es bueno y puede conseguirse una completa curación con restitución a la integridad realizando un tratamiento correcto ⁽³⁵⁾.

El punteado típico que se observa en las encías sanas del adulto se desarrolla lentamente a partir de los 2 ó 3 años de edad, y por lo general, es fácilmente observable como una zona estrecha en los primeros años de la edad escolar. En las zonas de los diastemas entre los dientes de leche, los

tejidos interdentarios tienen una forma de silla de montar. Cuando se han establecido los contactos proximales entre los molares, la zona interproximal queda totalmente rellena por una papila interdental, con una concavidad marginal que corresponde a la zona de contacto. En las radiografías el hueso alveolar que rodea los dientes de leche tiene una lámina dura fina, pero bien definida, y una membrana periodontal comparativamente amplia; además presenta escasas trabéculas y grandes espacios medulares con una vascularización rica. El cemento radicular es también fino y principalmente de tipo celular ⁽³⁶⁾.

3. MEDIDAS PREVENTIVAS

En tiempos actuales la odontología se orienta a la prevención; es por ello que los agentes de la salud oral se enfocan en prevenir las enfermedades bucales y buscar estrategias para así asegurar el mantenimiento y crear el hábito del paciente en tener una buena salud oral. Todo eso partirá también de una buena educación y orientación por parte de las madres ya que eso conllevará a la prevención en sus hijos.

A. CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA DENTAL O BIOFILM O PLACA BACTERIANA DENTAL :

A.1 PLACA DENTAL O BIOFILM O PLACA BACTERIANA DENTAL:

La placa dental es un cúmulo de diferentes tipos microbios (aerobios, viven en presencia de oxígeno y anaerobios, viven en ausencia de oxígeno) rodeados y unidos por una matriz de origen salivar y microbiana.

Anteriormente se llamaba a la placa dental, placa bacteriana. Este nombre cambió debido a que descubrieron otros tipos de microorganismos (hongos, virus) no bacterianos en su constitución. El nombre más actual de la placa dental, pero todavía no muy difundido, es de biofilm dental u oral.

La placa dental es blanda y de color blanco amarillenta. Se puede ver a simple vista cuando lleva muchos días de formación, pero no siempre es así. Se acumula sobre las piezas dentales, la encía y sobre las restauraciones dentales en pocas horas ⁽²⁷⁾.

A.2 CONTROL MECÁNICO

Es muy importante que las madres comiencen a hacer la higiene en la boca del niño tan pronto como aparezca el primer diente. El pensamiento errado de la mayoría de madres es que recién se debe de hacer la higiene bucal en el niño cuando tenga toda la dentición completa, la cual es una acción tardía ya que la caries puede estar ya instalada.

El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva.

En los bebés se debe iniciar la higiene con agua hervida fría, la cual se limpia la cavidad bucal con una gasa.

Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. Para ello se aconseja

el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedal con cepillo ultra suave, que existen en el mercado.

A.2.1 EL CEPILLADO

Es una manera del control mecánico de la placa dental, cuyo objetivo es la eliminación de los residuos alimentarios que generan la placa bacteriana, sin producir daño o lesión en las estructuras del diente y en tejidos blandos adyacentes.

La mejor técnica es aquella que elimina más PB, y debe cumplir las siguientes características:

- Ser efectiva
- Ser segura
- Ser fácil de aprender y llevar a la práctica

A.2.1.1 CEPILLADO MANUAL

Cada paciente tendrá un hábito de cepillado y nosotros no debemos de cambiar su técnica, sino mejorar la que ya tiene, de forma que elimine toda la placa bacteriana. "la mejor técnica es la que mejor limpia", siempre que:

1. elimine la placa,
2. no olvide ninguna zona de la boca y
3. no lesione dientes o encías.

Sólo en pacientes concretos se indicará o instruirá en una técnica en especial. No hay una técnica que sea mejor.

En el cepillado hay que seguir un orden, Se empieza por la cara vestibular (1), se continúa por la cara lingual o palatina (2) y finalmente se limpian las caras oclusales (3). En las superficies proximales, se utiliza el hilo de seda.

Además del orden, es importante el tiempo de cepillado que debe ser de unos 3 minutos. En algunos pacientes y en especial en los niños, puede ser útil un reloj de arena aplicado en la pared del cuarto de baño.

TÉCNICAS DE CEPILLADO:

Son aquellos movimientos vibratorios en la cual conseguimos que la placa bacteriana sea eliminada por un efecto de capilaridad de los filamentos del cepillo dental

- **TÉCNICA DE STARKEY.-** Técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyado sobre el pecho o la pierna de la madre. Cuando el niño ya tiene más de 2 o 3 años esta técnica se realizará de pie y delante de un espejo; consiste en que las cerdas del cepillo se dirigen con una inclinación de 45° hacia apical y se realizan movimientos horizontales unas 15 veces por sextante ⁽³⁷⁾.
- **TÉCNICA HORIZONTAL O DE ZAPATERO.-** Las cerdas del cepillo se colocan perpendicular a la superficie vestibular, lingual, palatino y oclusal de los dientes acompañado de movimientos repetitivos de vaivén sobre la arcada.

Esta técnica es útil en los niños de hasta 3 años, pero hay que tomar precauciones ya que se pueden producir abrasiones dentarias ⁽³⁷⁾.
- **TÉCNICA DE CHATERS.-** Esta técnica fue descrita por Chaters en 1928, lo cual el objetivo es la eliminación de la placa a nivel interproximal. El cepillo debe estar en una angulación de 45° con respecto al eje del diente dirigido al borde incisal y se presiona ligeramente para que las cerdas del cepillo

penetren en el espacio interdental acompañado de movimientos vibratorios masajeando también las encías.

Esta técnica está indicada en pacientes con enfermedades periodontales ⁽³⁸⁾.

- **TÉCNICA DE BASS.-** Fue descrita por Bass en 1954, la cual esta técnica consiste en la colocación del cepillo en una angulación de 45° con respecto al eje dental, las cerdas del cepillo se introducen en los nichos interdentales y surco gingival sin comprimir. Se realizan movimientos vibratorios durante 15 segundos cada dos dientes.

Esta técnica está indicada en pacientes con tejido periodontal sano y pacientes con gingivitis y/o periodontitis ⁽³⁷⁾.

- **TÉCNICA DE STILLMAN.-** Esta técnica es igual a la de Bass con la diferencia de que las cerdas del cepillo se colocan a 2mm por encima del margen gingival (encía adherida) ligeramente con una mayor presión hasta observar la palidez de los márgenes gingivales; la duración del movimiento vibratorio es de 15 segundos por cada dos dientes.

Esta técnica está indicada para pacientes que no presenten enfermedad periodontal ⁽³⁷⁾.

- **TÉCNICA DE BASS MODIFICADA.-** Es la realización de la técnica de Bass y la modificación consiste en que una vez que el cepillo esté contra el margen gingival y hayamos realizado los pequeños movimientos vibratorios, se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal.

- **TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA.-** Es la realización de la técnica de Stillman y la modificación consiste en realizar un movimiento de barrido hacia oclusal al finalizar cada movimiento.
- **TÉCNICA DE FONES:** Dirigida para las superficies vestibulares o bucales, consiste en que los dientes se mantienen en oclusión (niños) o en posición de reposo (adolescentes y adultos) en la cual las cerdas del cepillo se colocan formando un ángulo de 90° respecto a la superficie dental. Estas superficies se dividen en 6 sectores y se realiza 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. Para las caras oclusales, se abre la boca y se realizan movimientos de vaivén o circulares y en las caras linguopalatinas se coloca el cepillo según la técnica del cepillo separado (se gira el cabezal hasta su posición vertical) y se realizan pequeños movimientos rotatorios⁽³⁷⁾.

A.2.1.2 CEPILLADO ELÉCTRICO

Este cepillado está a cargo por un cepillo eléctrico en la que hace movimientos automáticos rápidos de las cerdas del cepillo, ya sea por la oscilación hacia atrás y adelante, o por la rotación oscilatoria (alternar entre la rotación horaria y antihoraria), con el fin de limpiar los dientes. Normalmente el movimiento del cabezal es oscilante, a pesar de ser frecuentemente llamados cepillos rotatorios. Los movimientos a velocidades sónicas o inferiores se hacen con motor. En el caso de los cepillos ultrasónicos, los ultrasonidos son emitidos por un cristal piezoeléctrico. Un cepillo eléctrico moderno por lo general se alimenta con una batería

recargable que se recarga a través de la base inductiva cuando el cepillo está colocado en ella.

Este cepillado pueden ser especialmente útiles en personas con deficiencias físicas o mentales, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.

A.2.2. USO DEL HILO DENTAL

La mejor forma de destacar la importancia de pasarse hilo dental es asegurarse de que esta actividad forme parte de su rutina diaria de cuidado dental. Al pasar hilo dental la madre frente a sus hijos ayuda a enfatizar la necesidad de poner en práctica buenos hábitos de higiene bucal. Considere opciones de hilo dental apto para niños.

La mayoría de los dentistas recomiendan usar un hilo dental que mida 18 pulgadas para limpiar correctamente sus dientes. No obstante, para manos más pequeñas, esto a veces puede ser complicado. Los sujetadores de hilo dental para niños son una forma ideal de comenzar a introducir a sus hijos en la actividad de pasarse hilo dental, porque, para sus manos pequeñas, son más fáciles de usar.

B.MEDICAMENTOS

El flúor es el elemento químico más electronegativo, está ampliamente distribuido en la naturaleza generalmente en forma iónica como fluoruro, siendo el más común en la Criolita y la Apatita ⁽²⁷⁾.

Se han emitido varias hipótesis sobre el mecanismo de acción del flúor que sustentan la actividad preventiva frente a la caries; la cual se podría dividir en cuatro grandes grupos ⁽²⁷⁾:

Acción sobre la hidroxiapatita:

1. Disminuye la solubilidad
2. Aumenta la cristalinidad.
3. Promueve la remineralización formando cristales de fluorapatita.

Acción sobre las bacterias de la placa bacteriana:

1. Inhibidor enzimático
2. Reduce la flora cariogénica (antibacteriano directo).

Acción sobre la superficie del esmalte:

1. Inhibe la unión de proteínas y bacterias.
2. Disminuye la energía superficial libre.

Acción sobre el tamaño y estructura del diente:

1. Morfología de la corona.
2. Retraso en la erupción.

B. VIAS DE ADMINISTRACIÓN

B.1 VÍA SISTÉMICA

Es la vía en la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en

menor medida en los dientes. El máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo pre eruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de postmineralización. La administración por vía sistémica de fluoruros se produce por la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes.

Fluoruración del agua de consumo:

La fluoración del agua de consumo consiste en el ajuste controlado de la concentración de fluoruro en el agua comunal, de modo de lograr una máxima reducción de caries y un nivel insignificante de fluorosis. La fluoración controlada del agua se ha considerado económica, segura y eficaz por casi todas las organizaciones científicas y sanitarias del mundo, entre ellas la organización mundial de la salud y la federación dental internacional.

Suplementos fluorados sistémicos:

El uso diario de suplementos con flúor desde el nacimiento conduce a una reducción de caries que, en algunos estudios, llega a un 80%. Los protocolos de aplicación se modifican en diferentes estudios. A los efectos de indicar suplementos fluorados para un niño es necesario:

- Determinar el contenido de flúor del agua que consume
- Conocer la edad del paciente

-Determinar la dosis apropiada con base en la edad y el contenido de fluoruro en el agua

-Realizar la elección del suplemento: tabletas o gotas

Fluoración de la leche:

la leche es un vehículo adecuado para la administración de fluoruro debido a es un alimento universalmente utilizado por los lactantes y niños durante el periodo de desarrollo dentario. En un estudio realizado por Baton Rouge, se administraron a niños entre 6 y 9 años 285ml de leche fluorada con 1 mg de F⁻, en forma de FNa y se observó una reducción significativa de casi el 70% en la prevalencia de caries.

Fluorización del Azúcar:

Actualmente la posibilidad de fluorar el azúcar está siendo debatida por la comunidad científica. Los resultados indican que la adición de 10ppm de flúor al azúcar en la dieta conduce a una significativa reducción de la producción ácida en comparación con los controles. En ratas desalivadas se verificó el efecto carióstico de azúcar adicionada con 8ppm de fluoruro. Los estudios revelan la potencial efectividad de esta ruta de administración. Esta vía eliminaría del grupo de pacientes de alto riesgo a los que comen grandes cantidades de azúcar. Las ventajas que ofrece sobre otras vías es que el fluoruro se encontraría presente cuando el cambio cariogénico se produce.

FLUORIZACIÓN DE LA SAL EN EL PERÚ

La fluorización de la sal consiste en fortalecer este producto de consumo diario adicionándole entre 200 y 250 miligramos de fluoruro de sodio por cada kilogramo.

En el Perú, las empresas productoras de sal están obligadas a adicionar flúor a este producto de consumo humano, como medida preventiva contra la caries dental.

El Dr. Jim Romero Lloclla, ex-coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud, afirma que aproximadamente el 60% de la sal de consumo humano que se comercializa en el Perú no contiene el flúor necesario para prevenir enfermedades bucodentales, pese a que la norma sanitaria rige desde hace poco más de 25 años.

La ventaja de este método sobre la fluorización de las aguas, es que permite administrar dosis específicas de fluoruro ⁽²⁷⁾.

B.2 VÍA TÓPICA

Es la aplicación directa del fluoruro sobre la superficie del diente, por lo que su uso post eruptivo, pudiendo aplicarse a los 6 meses con la erupción dentaria y continuarse de por vida. Lógicamente su máxima utilidad se centraría en los periodos de mayor susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos con elevada actividad de caries ⁽³⁸⁾.

La primera técnica de fluoruro tópico que demostró eficacia implicó el uso de una solución neutra de fluoruro de sodio al 2% ⁽³⁹⁾.

Flúor gel: El más frecuente es el flúor fosfato acidulado 1.23% y el flúor de aminas al 1.25%. Ambos tienen la ventaja de que son económicos en el mercado y fáciles de aplicar y la técnica puede realizar el personal auxiliar. El inconveniente de estos geles es que pueda suceder la ingestión excesiva de flúor por parte de los niños durante la aplicación causando así, síntomas de toxicidad aguda como dolores abdominales, de cabeza, náuseas y vómitos ⁽²⁷⁾.

Enjuagatorios fluorados: Los enjuagatorios son ideales para ser utilizados en programas preventivos escolares debido a que pueden supervisarse grandes cantidades de niños con un costo mínimo. Si bien se ha estudiado una gran variedad de compuestos Fluorados, los más utilizados son los que contienen fluoruro de sodio en diferentes concentraciones.

Pastas dentales fluoradas: El fluoruro de sodio empleado en pastas dentales alcanza los mejores resultados cuando se probó sin agentes abrasivos incompatibles y alcanza significativos efectos cariósticos. La formulación de fluoruro de sodio con sílice como abrasivo ha sido más efectiva que las que contienen fluoruro de estaño-pirofosfato.

Respecto a los riesgos de fluorosis cuando se emplea por niños sobre todo menores de 2 años de edad, es conveniente tomar ciertos recaudos, es recomendable que:

1. Los padres realicen el cepillado dental hasta que el niño tenga adecuada maduración por cepillarse solo.

2. Los padres apliquen el dentífrico sobre el cepillo y coloquen una dosis del tamaño de una lenteja a menores de 3 años.
3. Que los preescolares empleen dentífricos con contenido de flúor indicado para su edad y empleen un tamaño y cerdas de cepillo adecuados.
4. Que después del cepillado se enjuaguen y escupan los restos.

Barnices fluorados: El desarrollo de los barnices fluorados es consecuencia de la búsqueda de vehículos no acuosos que permitieran un mayor tiempo de exposición del fluoruro de esmalte, mediante el aumento de la incorporación del ion, las investigaciones que condujeron a este descubrimiento se iniciaron en la década de 1960. El objetivo de los barnices es evitar la acción de arrastre debida a la saliva luego de una aplicación tópica.

C. CLORHEXIDINA

La clorhexidina es un antimicrobiano conocido por su actividad bactericida en cavidad oral, siendo eficaz para las bacterias grampositivas y gramnegativas, hongos, levaduras pero más significativos sobre sus efectos sobre el estreptococo mutans.

La clorhexidina se utiliza como agente antimicrobiano contra la caries dental, y para eliminar el estreptococo mutans, la encontramos en presentaciones de colutorios, geles, pastas dentales y barnices.

En diversos estudios realizados se ha comprobado mayor efectividad de la clorhexidina sobre otros agentes antibacterianos en la reducción del estreptococo mutans, siendo de mayor durabilidad las presentaciones de barniz de clorhexidina, seguido por las presentaciones en geles y colutorios ⁽⁴¹⁾.

D. SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

La aplicación de sellantes es una medida muy eficaz en la prevención de caries a nivel oclusal, la cual tiene como objetivo rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. El uso de estos es muy importante debido a la alta prevalencia de caries, la cual el flúor solamente protege las superficies lisas, en cambio el sellante protege las zonas de fosas y fisuras teniendo un papel doblemente importante ⁽²⁷⁾.

4. VISITAS AL ODONTÓLOGO

La American Academy of Pediatric Dentistry recomienda que los niños acudan por primera vez al odontólogo antes que erupcione el primer diente temporal o, a más tardar a los 12 meses. En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana y se evaluará la necesidad de aplicaciones tópicas de flúor en función del riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia ⁽²⁷⁾.

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ACTITUD:** Intención que tiene la madre con respecto a la salud oral de su hijo.
- **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:** Es la atención brindada por el odontólogo, que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del sistema estomatognático.
- **CARIES DENTAL:** Enfermedad multifactorial que causa destrucción de los tejidos dentarios, producto de la presencia de ácidos producidos por bacterias de la placa depositada en las superficies del diente.
- **ENFERMEDAD PERIODONTAL:** Enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes, debido a las bacterias presente entre la encía y el diente.
- **HIGIENE BUCAL:** Se refiere a las medidas preventivas que la madre ejerce en sus hijos para evitar alguna enfermedad del sistema estomatognático, como el grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.
- **MALOCLUSIÓN:** Condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias de un mismo arco, con las del arco antagonista.
- **PRÁCTICAS:** Acto ejercido de la madre sobre el hijo en prevención de caries.

- **PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:** Acciones dirigidas a la reducción de la Morbilidad de enfermedades bucales, Donde se distinguen tres niveles de prevención, el primario, que incluye un 2 niveles, uno que no es específico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud bucal general del individuo, y el otro nivel que consta de medidas para prevenir la aparición de enfermedades específicas. El nivel de prevención secundario incluye el diagnóstico y tratamientos temprano. Y por último el nivel de prevención terciario, que incluye limitación del daño, que tiene por objetivo limitar el daño producido por la enfermedad, y la rehabilitación tanto física como psicológica.
- **SALUD BUCAL:** Es cuando todos los procesos que ocurren dentro del sistema estomatognático se encuentra en armonía con el medio externo (factores causantes de enfermedad).
- TRATAMIENTO PREVENTIVO:** Es aquel procedimiento, medida, sustancia o programa diseñado para evitar que se produzca una enfermedad o para evitar que un trastorno leve se convierta en algo más grave y complejo.

3.4 HIPÓTESIS

Existe relación entre las actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años que acuden al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- EsSalud- Comas.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR	ESCALA
ACTITUDES EN SALUD ORAL	Actitudes de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos.	Test /prueba Cuestionario sobre las actitudes en la salud oral de las madres de niños de menores de 6 años de edad	- Bueno: 18-13 - Regular: 12-7 - Malo: 0-6	Ordinal
PRÁCTICAS EN SALUD ORAL	Prácticas de las madres para el cuidado de la salud bucal de sus hijos.	Actividades realizadas en función a la prevención de caries dental	- Bueno: 20-14 - Regular: 13-8 - Malo: 7-0	Ordinal
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplidos a la fecha	- 18-25 años - 26-35 años - 36-42 años	Razón
OCUPACIÓN	Epidemiológico	Condición social y económica adquirida.	- Obrera - Empleada - Trabajadora Independiente - Trabajadora familiar no remunerada - Trabajadora del hogar - Otros	Nominal
NIVEL EDUCACIONAL	Cultural	Nivel de estudio alcanzado	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Técnica - Superior	Ordinal
ESTADO CIVIL		Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	- Soltera - Casada - Viuda -Otros	Ordinal

IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el periodo en que se capta la información: DESCRIPTIVO

Según la evolución del fenómeno estudiado: PROSPECTIVO

Según la interferencia del investigador en el estudio: OBSERVACIONAL

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

Estuvo conformada por una población de 450 madres con hijo/as menores de 6 años, que acudieron al programa del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas.

4.2.2 MUESTRA

Se determinó el tamaño de la muestra usando la fórmula que nos brindó el muestreo, cuando el interés es estimar una población en un estudio descriptivo.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{NE^2 + Z^2PQ}.$$

Donde:

n= Tamaño de muestra

N= Tamaño de población

Z= Coeficiente estándar normal asociado a un nivel de confianza

PQ= Varianza para variable cualitativa

E= error de muestreo

Considerando un 95% de confianza ($Z=1.96$), una varianza máxima que asegura una muestra significativamente grande ($PQ=0.25$), un error de muestreo del 5% ($d=0.05$) para una población estimada de $N=450$ se obtiene:

$$N = \frac{(450)(1.96)^2(0.25)}{(450)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.25)} = 206.78$$

La muestra fue conformada por 207 madres.

4.2.3 TIPO DE MUESTREO:

Muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de niños/as que acudan al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas.
- Madres orientadas en espacio, tiempo y persona al momento de la encuesta.
- Madres que firmaron el consentimiento informado.
- Madres que brinden información completa y confiable.
- Madres que conviven y crían a sus hijo/as.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Madres con problemas incapacitantes que no les permita brindar información.

4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICA

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD-Comas cuya investigación se utilizó un cuestionario para evaluar las actitudes (anexo nº2) y las prácticas (anexo nº3) de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años, en la que los cuestionarios de actitudes y prácticas se calificaron con puntajes y fueron categorizados con BUENO, REGULAR Y MALO; lo cual la información adquirida del presente estudio permitirá el desarrollo de modelos innovadores de intervención preventiva en poblaciones vulnerables.

4.4 PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadísticos SPSS versión 22.0, lo cual para determinar la prevalencia de los caracteres sociodemográficos, actitudes y prácticas se utilizaron tablas de frecuencias y para determinar la relación de las actitudes y prácticas se utilizaron tablas de contingencia, lo cual todas las pruebas fueron trabajadas a un nivel de significancia del 5%.

V. RESULTADOS

GENERALIDADES DE LA MUESTRA

La muestra de estudio estuvo conformada por 207 madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

Tabla N° 1

Edad de madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

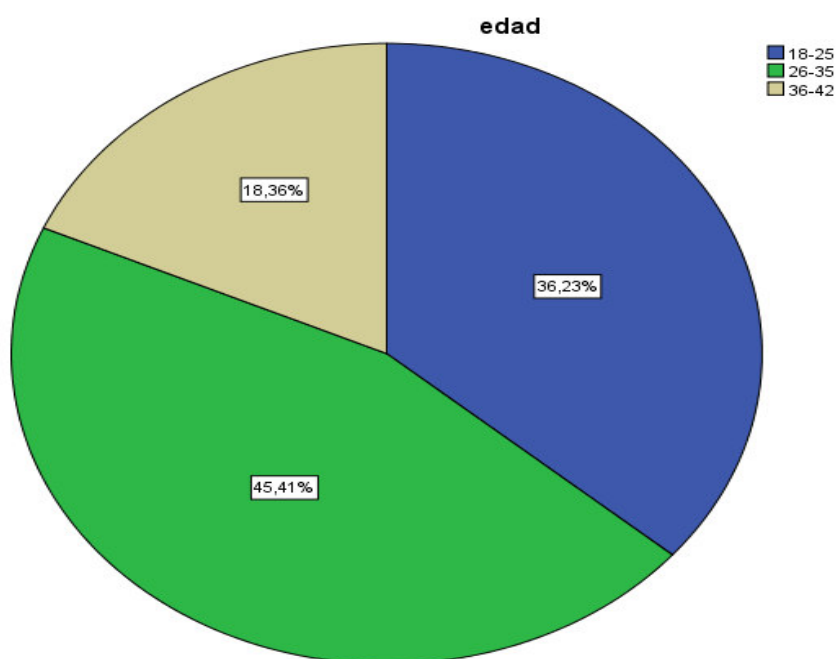
Edad	n	%
18- 25	75	36.2
26- 35	94	45.4
36- 42	38	18.4
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

Se observó en la Tabla N° 1, que el rango de edad predominante fue de 26-35 años en un 45.4%, mientras que sólo el 18.4% se encuentra en el rango de 36-42.

Gráfico N° 1

Edad de madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al Programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 2

Número de hijos en madres de menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

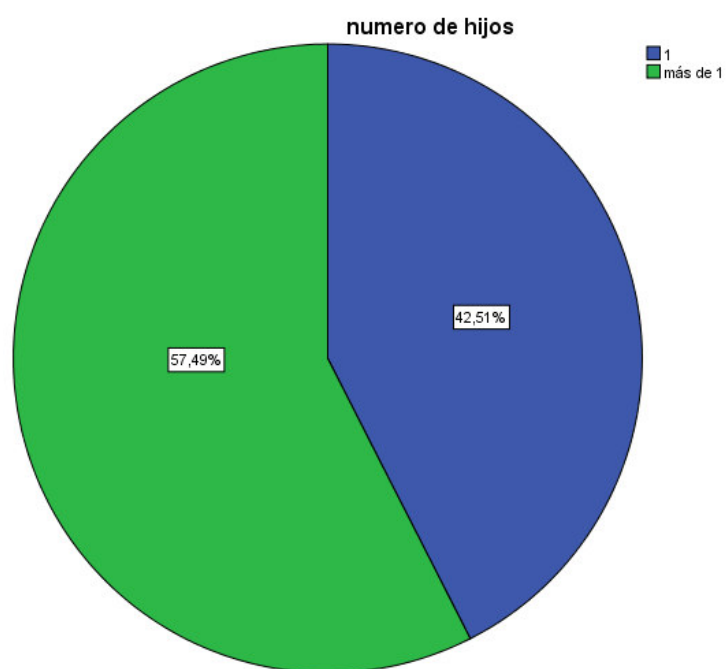
N° de hijos	n	%
1	88	42.5
Más de 1	119	57.5
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

Se observó en la Tabla N° 2, que el 57.5% de madres tienen más de un hijo y el 42.5% tienen un solo hijo.

Gráfico N° 2

Número de hijo que tienen las madres que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 3

Ocupación de madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

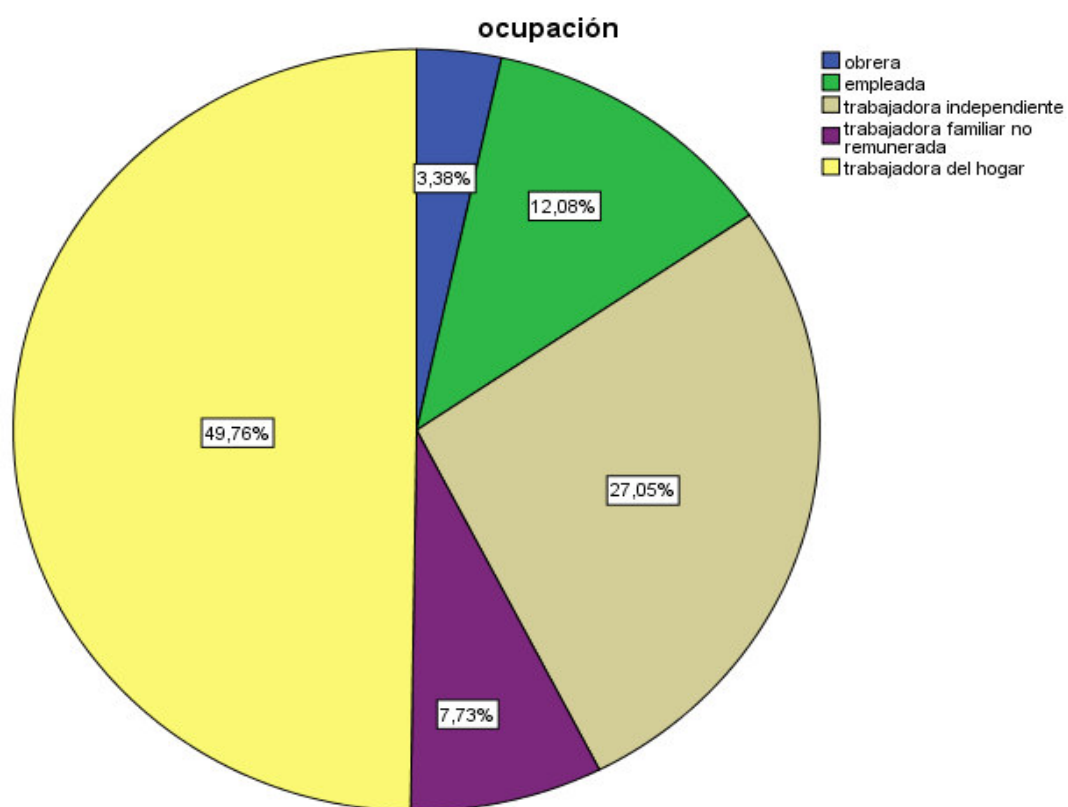
Ocupación	n	%
Obrera	7	3.4
Empleada	25	12.1
Trabajadora Independiente	56	27.1
Trabajadora familiar no remunerada	16	7.7
Trabajadora del hogar	103	49.8
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

Se evidenció en la Tabla N° 3, que la gran mayoría de madres son trabajadoras del hogar siendo un 49.8%, y sólo un 3.4% del total son obreras.

Gráfico N° 3

Ocupación de madres que tienen las de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 4

Nivel de instrucción de madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

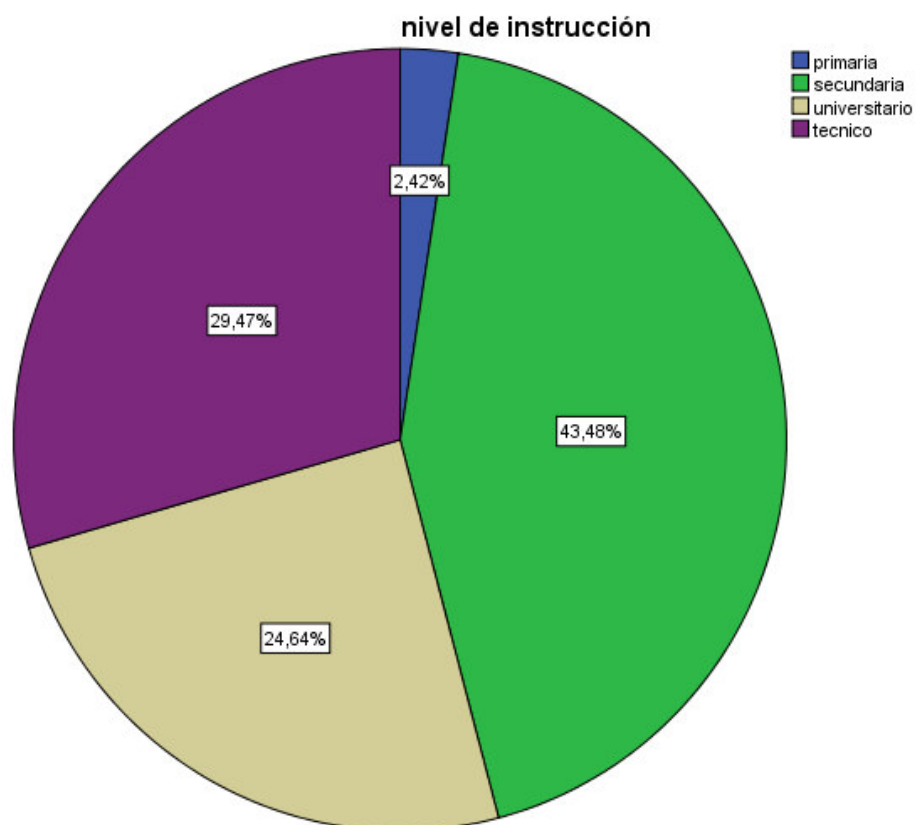
Nivel de instrucción	n	%
Analfabeta	0	0
Primaria	5	2.4
Secundaria	90	43.5
Superior Universitaria	51	24.6
Técnico	61	29.5
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

Se evidenció en la Tabla N° 4, que la mayoría de madres tuvieron estudios de secundaria completa siendo un 43.5% del total, mientras que sólo el 2.4 tuvo primaria.

Gráfico N° 4

Nivel de instrucción de madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 5

Estado civil de las madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

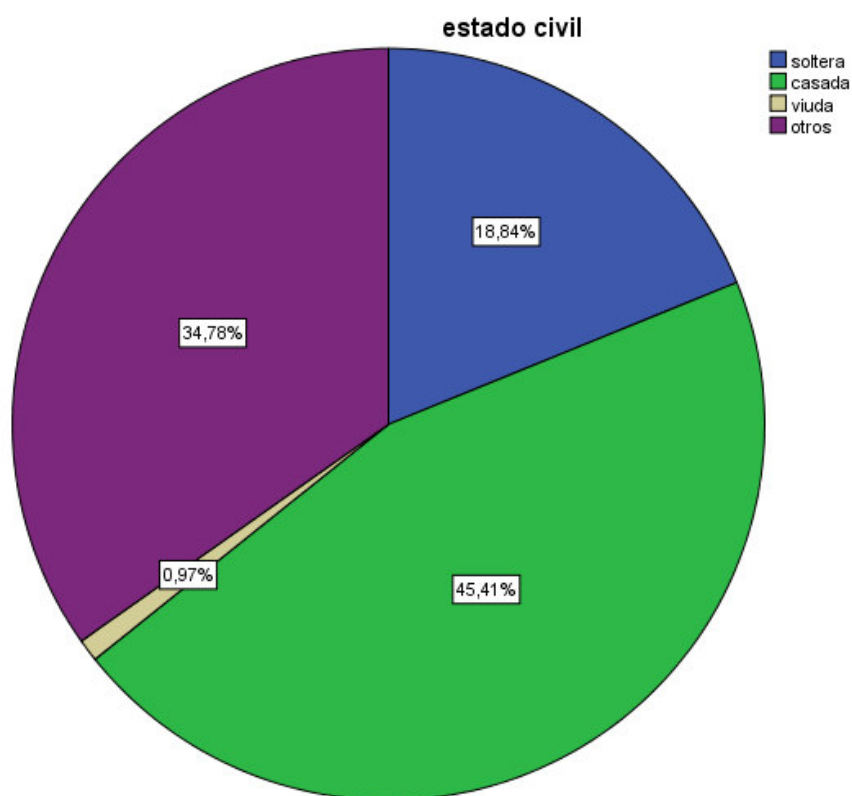
Estado Civil	n	%
Soltera	39	18.8
Casada	94	45.4
Viuda	2	1
Otros	72	34.8
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

En la Tabla N° 5, se observó que el 18.8% eran madres solteras, 45.4% madres casadas, 1% eran madres viudas y 34.8% correspondían a otros.

Gráfico N° 5

Estado civil de las madres de hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 6

Actitudes de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

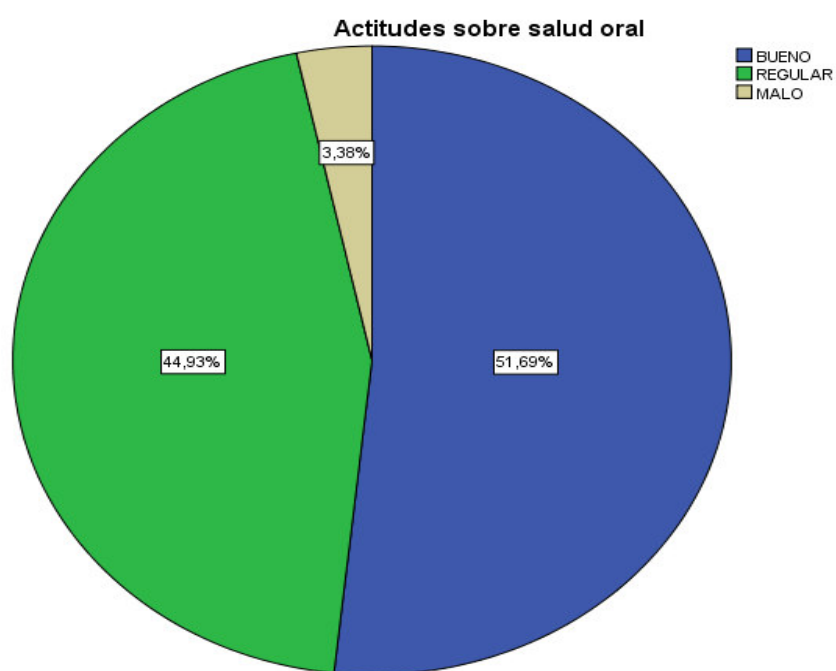
Actitudes	N	%
Bueno	107	51.7
Regular	93	44.9
Malo	7	3.4
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

Se observó en la Tabla N° 6, que el 51.7% del total de madres tuvieron actitudes buenas; 44.9% actitudes regulares y un 3.4% obtuvieron actitudes malas con respecto al cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años.

Gráfico N° 6

Actitudes de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 7

Prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

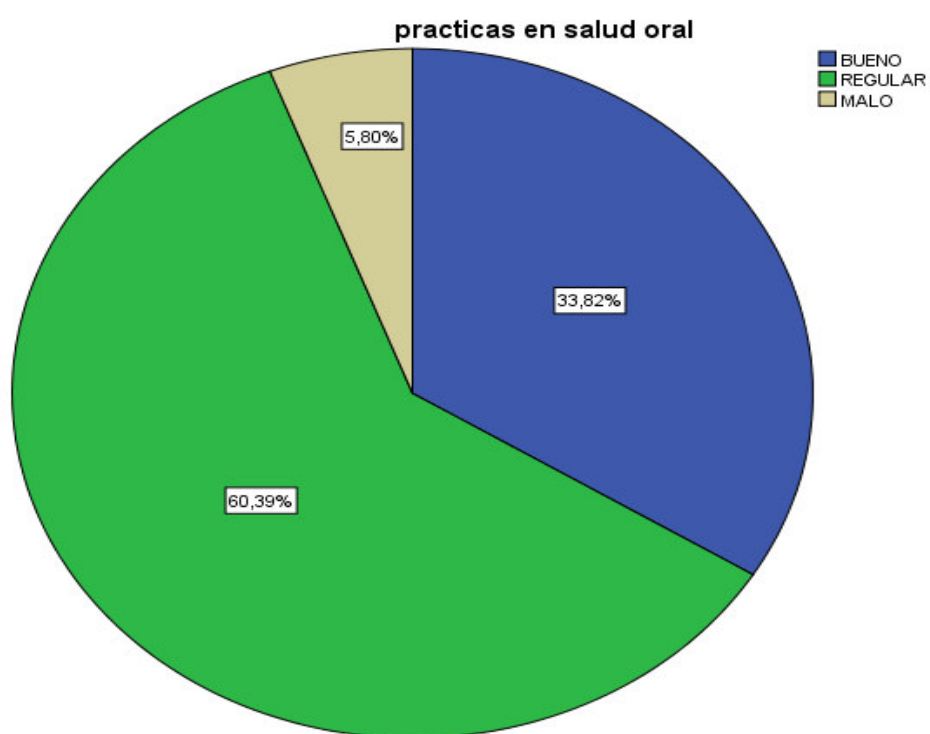
Prácticas	n	%
Bueno	70	33.8
Regular	125	60.4
Malo	12	5.8
TOTAL	207	100

Fuente. Autor de la tesis.

Se observó en la Tabla N° 7, que el 60.4% del total de madres tuvieron prácticas regulares; 33.8% Prácticas buenas y un 5.8% obtuvieron prácticas malas con respecto al cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años.

Gráfico N° 7

Prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

Tabla N° 8

Actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.

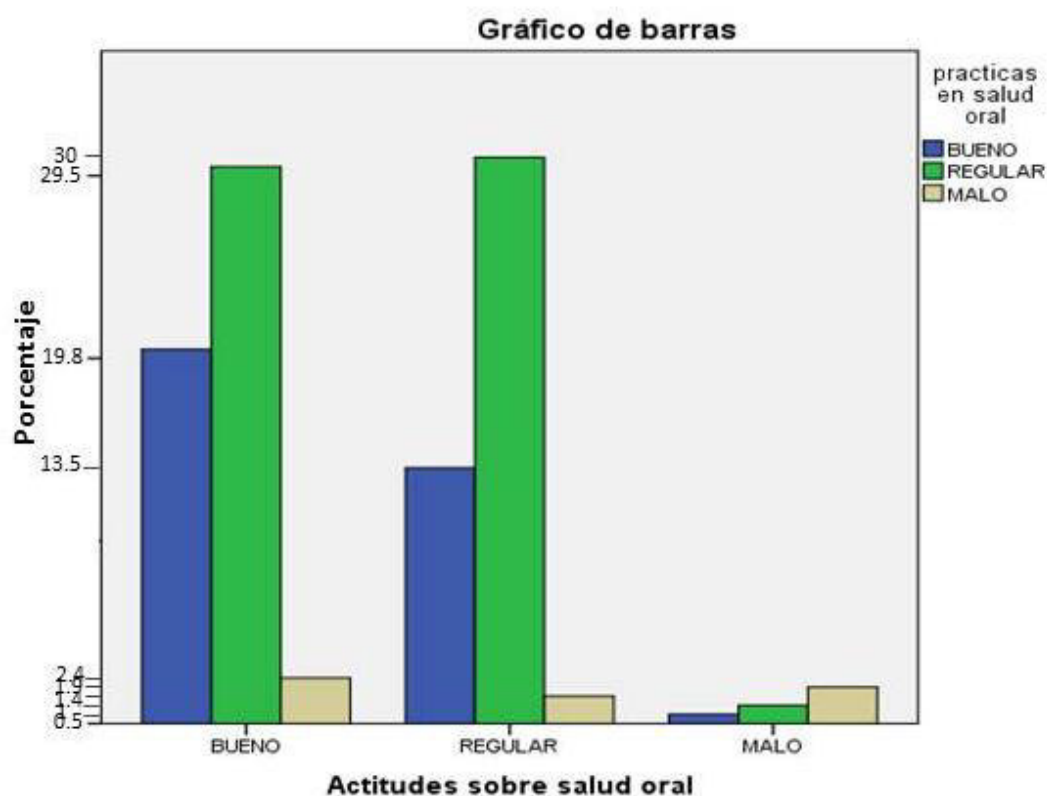
Prácticas en salud bucal	Actitudes en salud Bucal						Valor de p
	Bueno		Regular		Malo		
	N	%	n	%	n	%	
Bueno	41	19.8	28	13.5	1	0.5	0.000
Regular	61	29.5	62	30	2	1	
Malo	5	2.4	3	1.4	4	1.9	

Fuente. Autor de la tesis.

Se observó en la Tabla N° 8, que las madres que tienen actitudes “buenas” tuvieron prácticas “buenas” en 19.8% y “regular” en 29.5% en mayor porcentaje y las madres con actitudes “malas” tuvieron prácticas malas en un 1.9% en un mayor porcentaje. Se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado, donde se encontró un valor de $p= 0.000$ lo que demostró una diferencia altamente significativa.

Gráfico N° 8

Actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD- Comas durante el año 2017.



Fuente. Autor de la tesis.

VI. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron un total de 207 madres de hijos menores de 6 años presentándose la mayor frecuencia por edades el intervalo de 26-35 años con un 45.4%; con respecto a madres primigestas se evidenció un 42.5% y un 57.5% de madres multíparas, teniéndose la mayor frecuencia en el ámbito ocupacional donde la mayoría era trabajadora del hogar en un 49.8%, con un grado de instrucción prevalente de 43.5% que han tenido estudios de secundaria completa.

Los resultados obtenidos respecto a las actitudes de las madres sobre la salud bucal de sus hijos menores de 6 años, establecieron mayoritariamente altos puntajes en la categoría “bueno” alcanzando un 51.7%, resultados concordantes encontrados en nuestro medio por Ríos (2014)⁽⁸⁾ que obtuvo un 80.8% de actitudes “buenas” en su muestra de 255 madres realizada en el Programa CRED en el Policlínico Pacasmayo-ESSALUD; también es concordante con el estudio de Calderón P (2012)⁽¹⁰⁾ que en sus resultados se evidenció que su muestra de 36 madres primigestas obtuvieron actitudes “buenas” en un 55.6% respecto a la salud bucal de sus hijos y Ashkani F y col (2012)⁽¹²⁾(Kawait) en su estudio conocimientos y prácticas en salud oral en 334 madres se evidenció que las madres de hijos menores de 6 años tuvieron actitudes “buenas” y Martinez G y col (2011)⁽¹⁴⁾ que realizó su estudio en Colombia se evidenció que de su muestra de 333 madres el 74.5% poseían actitudes “buenas” con respecto a la salud bucal de sus hijos, concordando con los resultados del presente estudio.

No concordantes con este estudio fue el de Nuñez (2015)⁽⁷⁾ que realizó el estudio en el INSN a madres de niños de 36 a 71 meses de edad, Teniendo como resultado que las actitudes en prevención de CIT fueron “Regular” en un 75.8%; mismo resultado obtenido por Castillo K (2013)⁽⁹⁾ que lo realizó a 163 madres de hijos de 0 a 66 meses que asistieron a la Unidad comunitaria de Salud Familiar de San Francisco departamento de La Paz en un 60% y también teniendo un resultado mucho más notorio por Benoit y cols (2006)⁽²⁴⁾ en su muestra de 493 madres, la cual se evidenció que el 64% del total no tenía buena actitud en el cuidado bucal de sus hijos, discrepando con los resultados del presente estudio realizado.

Con respecto a los resultados de las prácticas de las madres de hijos menores de 6 años sobre los cuidados de su salud bucal en este estudio se evidenció que el 60.4% del total tenían una práctica “regular”, resultado concordante con Nuñez(2015)⁽⁷⁾ lo cual tuvo a un 75.8% del total de madres con una práctica “regular”, también en el estudio de Rios(2014)⁽⁸⁾ con un 84.7% de madres con prácticas “regulares” lo cual tuvo una asociación significativa con el nivel socioeconómico y en el estudio de Calderón (2012)⁽¹⁰⁾ evaluó a 36 madres primigestas el 47.2% tenían una práctica “regular” y de 36 madres multíparas el 63.9% tenían una práctica “regular” con respecto a la salud oral infantil de sus hijos y en el estudio de Chan y col (2002)⁽²⁶⁾ se evidenció que el 66.2% de las madres se vio reflejado que sus niños tenían una práctica de cepillado “regular”. No concordando con el estudio de Martinez (2011)⁽¹⁴⁾ en la que el 74.5% de madres presentaron una práctica “buena” respecto a la salud bucal de sus

hijos, resultado similar al de Suresh y col (2010)⁽¹⁸⁾ que también se evidenció que el 25.4% del total de 406 madres tuvieron prácticas “buenas” en salud bucal; también se discrepa con el estudio de Benavente y col (2012)⁽¹¹⁾ que en este caso se evidenció que de su estudio de 143 madres de hijos menores de 5 años se obtuvo como resultado que el estado de salud bucal de sus hijos fueron “malas” y que en el estudio de Couto y col (2010)⁽¹⁷⁾ se concluye que las madres tenían prácticas “malas” debido a las limitaciones económicas y también por la influencia de experiencias negativas. Y en el estudio de Romero (2007)⁽²³⁾ que realizó su estudio en Brasil a 165 madres se obtuvo como resultado que tenían prácticas “malas” en sus hijos evidenciándose un 66.6% con caries, 69.7% con higiene bucal deficiente y dieta cariogénica en un 72.5%; y con respecto al presente estudio en la relación de las actitudes y prácticas de las madres de hijos menores a 6 sobre el cuidado de la salud bucal se evidenció que hubo una relación directa entre las actitudes y prácticas en la que las madres que presentaron actitudes “buenas” tuvieron prácticas “buenas” en 19.8% y “regular” en 29.5% en mayor porcentaje y las madres con actitudes “malas” tuvieron prácticas malas en un 1.9%.

VII. CONCLUSIONES

1. Las madres presentan una prevalente actitud buena sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años.
2. Las madres presentan una práctica regular sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años.
3. Existe relación entre las actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores a 6 años que acudieron al Programa CRED del Hospital Marino Molina Scippa.
4. Las madres encuestadas en su mayoría están en el rango de edad de 26-35 años y tienen más de 1 hijo.
5. Las madres encuestadas en su mayoría son trabajadoras del hogar, tienen estudios de secundaria completa y son casadas.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se deben establecer estrategias específicas para que las madres apliquen el conocimiento a la acción o en todo caso vigilen el cumplimiento de los procedimientos de higiene que benefician la salud bucal de sus hijos.
2. Fortalecer los espacios de concertación entre las madres y los servicios asistenciales de atención odontológica infantil mejorando la información sobre la importancia de la salud bucal de los hijos.
3. Elaborar o actualizar las Guías para la promoción de salud bucal para las madres o cuidadores, incidiendo en la importancia del conocimiento y aplicación efectiva de los hábitos de higiene bucal en los niños.
4. Difundir los resultados de este estudio para motivar y mejorar a los entes y agentes para el éxito de los programas de promoción de salud, específicamente en las facultades de odontología de nuestro país.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Prevención en salud. Estrategias sanitarias. Salud bucal. Disponible en [citado 2015 Abril]; http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
2. Gonzales F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. salud pública de méxico / vol. 53, no. 3, mayo-junio de2011.
3. Rios C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares en el policlínico Pacasmayo Essalud, Perú, 2014.
4. Ministerio de Salud. Presentación de salud bucal en el Perú.2014.
5. CastilloHernandez KM. Conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños en niños de San Francisco Chinameca.2013.
6. Mani SA, Aziz AA, John J, Ismail NM, Knowledge, attitude and practice of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in KubangKerian, Malaysia: A preliminary study, School of Dental Science, UniversitiSains Malaysia, 16150 Kota Bharu, Kelantan, Malaysia, 2016.
7. Nuñez M. Conocimientos, Prácticas y Actitudes de las madres acerca de prevención de caries dental y su relación con Caries de Infancia Temprana en sus niños. [Tesis de Maestría] Lima. Facultad de Odontología UNMSM. 2015.
8. Rios C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de madres de familia

- sobre salud oral en preescolares en el policlínico Pacasmayo Essalud, Perú, 2014.
9. Castillo K, conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños de San Francisco Chinameca. [Tesis de Titulación] El Salvador. Facultad de odontología. 2013.
 10. Calderón P, Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral infantil de madres primigestas y multíparas de niños de 3 años pertenecientes al CESFAM de Pelarco. [Tesis de Titulación] Chile. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de odontología, 2012.
 11. Benavente L, Chein S, Campodonico C, Reátegui E, Ventocilla M, Huasupoma A, Rodriguez O, Paricoto M, Paucar W, Córdova A, Aguirre, Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, Odontol. Sanmarquina 2012; 15(1): 14- 18, Perú, 2012.
 12. Ashkanani F, Mona A, Knowledge, Attitudes and Practices of Caregivers in Relation to Oral Health of Preschool Children, Med Princ Pract 2013;22:167–172, Faculty of Dentistry, Kuwait University, Jabriya, Kuwait, 2012.
 13. Soares J, Falcao I, Soares R, Tarciane I, Aparecida V, Granville A, práticas de pais sobre a hygiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública, Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.2, p.265-270, abr./jun., 2011.
 14. Gonzalez F, Sierra C, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia, salud

- pública de México / vol. 53, no. 3, mayo-junio de 2011.
15. Teixeira P, Vasquez C, Dominguez V, Portaluppi V, Cuenca A, Mao C, Ferreira M, Perez N, Del Valle N, Sanabria D, nivel de conocimientos de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo, Paraguay, 2010, Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1 (1): 3-12, 2010.
 16. Nuñez, J, Moya P, Monsalves M, Landaeta S. Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago de Chile. Int. J. Odontostomat 2013;7(1):39-46.
 17. Couto A, Grosseman S, Bosco V, Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina, Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 2):3271-3281, 2010.
 18. Suresh B, Ravishankar T, Chaitra T, Mohapatra A, Gupta V, Mother's knowledge about pre-school child's oral health, Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, Issue 4; Vol 28, Dec 2010.
 19. Pombo A, Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres, [Tesis de Doctorado] Brasil, Universidade da Coruña Departamento de Medicina, 2009.
 20. Abiola A, Eyitope O, Sonny O, Morenike O, Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children?, International Journal of Paediatric Dentistry; 19: 448–454, 2009.
 21. Moura L, Moura S, Toledo O. Conhecimentos e práticas em saúde bucal

- de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciencia & Saude Coletiva* 2007; 12(4):1079-1086.
22. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children’s brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 272–281. _ 2007 The Authors. Journal compilation _ 2007 Blackwell Munksgaard.
 23. Romero M, Avaliação dos conhecimentos e cuidados das mães com a saúde bucal dos filhos: fatores de risco de cárie dentária para as crianças, [Tesis de maestría] Fortaleza- Ceará, 2007.
 24. Benoit V, France P, Poul E, Switzerland G, Outtara S, Ouagadoudou B, Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa, *International Dental Journal* (2006) 56, 61-70.
 25. Sayegh A, Dini E, Holt R, Bedi R, Oral health, sociodemographic factors, dietary and oral hygiene practices in Jordanian children, *Journal of Dentistry* (2005) 33, 379–388.
 26. Chan S, Tsai J, King N, Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers’ dental knowledge and attitudes, *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; 12: 322–331.
 27. Paz M, Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” MINSA 2014, [Tesis de titulación] Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología, 2015.
 28. Chambi F, Nivel de información de las madres sobre las medidas

- preventivas en salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad-
Callao, [Tesis de titulación] Perú, Universidad Nacional Mayor de San
Marcos Facultad de odontología, 2007.
29. Berdoni, Escobar R, Castillo M, ODONTOLOGIA PEDIATRICA la salud
bucal del niño y del adolescente en el mundo actual, Editorial médica
panamericana, 2010.
30. Girón J, Hábitos alimenticios, dieta cariogénica y no cariogénica:
Relación con presencia de caries en niños de 4 a 12 años, Universidad
Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, Agosto, 2014.
31. Girgenti, J. C. & Pastaro, M. B. (Septiembre, 2012). La caries dental y
su relación con la dieta. Recuperado de
[http://www.grupogamma.com/2012/09/la-caries-dental-y-surelacion-
con-la-dieta/](http://www.grupogamma.com/2012/09/la-caries-dental-y-surelacion-con-la-dieta/) Citado el 14 de Agosto del 2016.
32. OMS, disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> 2012. Citado el 26
de Setiembre del 2016.
33. Díaz M, Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de
familia de los niños de educación inicial del jardín del comedor popular
Victor Raúl del distrito de la Esperanza región La Libertad año 2015,
[Tesis de titulación] Perú, Facultad de odontología, 2015.
34. Saavedra N. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0
a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el
hospital "Marino Molina Scippa", Lima 2011." 2011 [tesis para optar el
título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener,
2011.

35. Pombo D. Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres [tesis doctoral] España Universidad de Coruña 2010.
36. López J. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. *Operatoria Dental y Endodoncia* 1998; 2(3): 11 Disponible en <http://www.infomed.es/rode/index.html> Citado el 15 de enero del 2014.
37. Gil F, Aguilar M, Cañamas M, Ibáñez P, Sistemática de la higiene bucodental: el cepillo dental manual, *Periodoncia y Osteointegración* 2005; **15** (Nº 1) Fasc. 9:43-58.
38. Pinkham J. *Odontología Pediátrica*. Editorial Interamericana. (1994).
39. Villena, R. Concentración natural de fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. [Tesis – Bachiller].UPCH Facultad de Estomatología. 1988.
40. Sánchez Rubio RM. Efectos del barniz de clorhexidina – timol al 1% en las reducciones de estreptococo mutans en saliva de niños con Caries de Biberón. [Tesis - Doctoral]. Universidad de Granada. 2005.
41. Ministerio de Educación del Perú. Disponible en <http://www.minedu.gob.pe/n/noticia.php?id=38611>. Citado el 07 de febrero del 2017.
42. Ministerio de Educación del Perú. Disponible en <http://www.minedu.gob.pe/n/noticia.php?id=38611>. Citado el 07 de febrero del 2017.
43. IPSOS PERÚ. Disponible en http://www.ipsos.pe/tendencias_mercado.

Citado el 24 de noviembre del 2016.

44. Southward LH, Robertson A, Wells-Parker E, Eklund NP, Siberman SL, Crall JJ, et al. Oral health status of Mississippi delta 3- to 5- year-olds in child care: an exploratory study of dental health status and risk factors for dental disease and treatment needs. *J Public Health Dent* 2006; 66:131-7.
45. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssala L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand*. 2005;63:73-84.
46. Bosch Rubio M. y García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Av Odontoestomatol* 2012; 28(1): 17-23.
47. Restrepo K, Berrio N, Buelvas J, Peña J, Upegui A, Gallego C. Conocimientos, actitudes y prácticas de la población interna en el centro de atención al joven “Carlos Lleras Restrepo” Medellín 2010. *Revista Nacional de Odontología* 2011; 7(12).
48. De Figueiredo Walter L.R *Odontología para el bebé*, 1era. Ed. Sao Paulo, Brasil. 2000 cap. 5, pp 75-79; 81-85.
49. World Health Organization. Prevention of oral diseases. WHO Offset Publication n. 103. Geneva: World Health Organization, 1987.
50. Zúñiga- Manríquez AG, et al. Experiencia, prevalencia y severidad de caries dental. *Rev Invest Clin* 2013; 65 (3): 228-236.
51. S Vinay, N Naveen, N Naganandini. Feeding and oral hygiene habits of children attending daycare centres in Bangalore and their caretakers

oral health knowledge, attitude and practices. Indian Journal of Dental Research. 2011; 22(4): 561- 566.

52.Montellano G, Brieke W; Cáceres S, Orduña C, Serrano S. Factores de riesgo en pacientes con caries temprana de la infancia del departamento de estomatología del hospital para el niño poblano. Revista Oral 2014; 5:230-232.

53.American Academy of Pediatric Dentistry, Definition of earlychildhood caries (ECC). Pediatr Dent 2007/2008; 29 (suppl): 13.

X. ANEXOS
ANEXO1:



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ACREDITADA INTERNACIONALMENTE
Universidad Nacional Mayor de San Marcos



FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

.....
.....CON DNI por medio del presente, declaro libre y voluntariamente que autorizo al investigador Alexis Espinoza Castañeda a realizarme el cuestionario de evaluación para la investigación de **“Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 5 años”**

Estoy consciente de que los procedimientos y pruebas consistirán en la aplicación de un cuestionario y una evaluación práctica; y que los riesgos a mi persona serán nulos debido a que sólo se empleará la observación y cuestionarios.

Declaro que no recibiré ninguna compensación económica por parte del investigador. Se me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este procedimiento y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Autorizo que se obtengan durante la evaluación (marque la opción que desee).

- Fotografías (Sí) (No)
- Videos (Sí) (No)
- Otro registros gráficos (Sí) (No)

Autorizo la difusión de registros en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos (Sí) (No)

Habiendo comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo; y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarando todas las dudas y preguntas planteadas.
AUTORIZO a iniciar el mismo.

Lima,.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR
DNI:

FIRMA DE LA MADRE EVALUADA

ANEXO 2:



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ACREDITADA INTERNACIONALMENTE
Universidad Nacional Mayor de San Marcos



ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS MENORES DE 6 AÑOS

ENCUESTA (*)

Edad: <20 años () >20 años () **N° de hijos:** 1 () más de 1 ()

Estado civil: soltera () casada () viuda () otro:.....

Ocupación: obrera () empleada () trabajadora independiente ()
trabajadora familiar no remunerado () trabajadora del hogar ()
otro:.....

Nivel de Instrucción: Analfabeta () Primaria () secundaria ()
superior universitario () superior no universitario ()

Lea determinadamente las proposiciones que a continuación se presentan y marque con un aspa la alternativa que mejor exprese su punto vista.

ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL	Muy de acuerdo	No sé	Muy en desacuerdo
1. Pienso que la caries se transmite por usar mismos utensilios para comer.			
2. Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del bebé.			
3. Considero que alimentar al bebé por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries.			
4. Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries.			
5. Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados			
6. Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por sí mismo.			
7. Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño			
8. Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años.			
9. Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes.			

VARIABLE	ESCALA/ VALORES
Actitudes sobre la salud bucal	BUENO: 13-18, REGULAR: 7-12, MALO: 0-6

(*)Tomado de la Tesis de Ríos Angulo, *Conocimiento, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares en el policlínico Pacasmayo ESSALUD, Trujillo 2014. Validado con el criterio de juicio de experto y sometido a prueba de confiabilidad en el test de CRONBACH.*

ANEXO 3:



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ACREDITADA INTERNACIONALMENTE
Universidad Nacional Mayor de San Marcos



ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS MENORES DE 6 AÑOS

Lea determinadamente las proposiciones que a continuación se presentan y marque con un aspa la alternativa que mejor exprese su punto vista.

PRÁCTICAS SOBRE SALUD ORAL	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño?			
2. ¿Con qué frecuencia realiza un examen oral al niño?			
3. ¿Qué tan seguido le da alimentos dulces al niño?			
4. ¿Qué tan seguido le da líquidos o jugos dulces al niño?			
5. ¿Qué tan seguido le da agua pura al niño después de las comidas?			
6. ¿Empieza a darle al niño alimentos semi sólidos antes de los 6 meses?			
7. ¿Qué tan seguido realiza la higiene oral en el niño?			
8. ¿La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes del niño es del tamaño de una arveja?			
9. ¿Usa el biberón con algún líquido dulce para el bebé?			
10. ¿Hace algún esfuerzo por mejorar sus conocimientos sobre salud oral?			

VARIABLE	ESCALA/ VALORES
Prácticas sobre la salud bucal	BUENO: 14-20, REGULAR: 8-13, MALO: 0-7

(*)Tomado de la Tesis de Ríos Angulo, Conocimiento, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares en el policlínico Pacasmayo ESSALUD, Trujillo 2014. Validado con el criterio de juicio de experto y sometido a prueba de confiabilidad en el test de CRONBACH.

ANEXO 4:

CARGO

Dr. Luis Alberto Domingo Sánchez Acevedo
Gerente de la OD/OP

De nuestra consideración:

La coordinadora del servicio de enfermería del Hospital Marino Molina Scippa de la Red Asistencial de Sabogal a la cual el Bachiller Anibal Alexis Espinoza Castañeda, investigador principal del Proyecto **“Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años”** tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para la realización del proyecto señalado previamente. Este proyecto deberá contar además con las evaluaciones del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación y la autorización correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,



LIC. NORA BALTODANO GUTIERREZ
Lic. Nora Baltodano Gutierrez
Coordinadora del servicio de enfermería
Del Hospital Marino Molino Scippa.



SOLICITUD: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TESIS

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL MARINO MOLINO SCIPPA

S.D.

Anibal Alexis Espinoza Castañeda, identificado con D.N.I. 47845785, con domicilio en Urb. Manzanilla II Mz. "M" lote 25; bachiller de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:


Que, teniendo el deseo de realizar mi investigación:

"ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS MENORES DE 6 AÑOS" para obtener el título de Cirujano dentista, solicito su autorización y consentimiento para poder ejecutar dicha investigación en el programa de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Marino Molino Scippa; Esta investigación está asesorada por la Mg. Lourdes Angela Benavente Lipa, doctora que trabaja en dicho hospital. La cual consistirá en un llenado de un cuestionario de preguntas previamente autorizado por la madre, para ello se les hará firmar un consentimiento informado autorizando su participación en la investigación.

Ante a lo expuesto a Ud. S.D. espero me dé su autorización para ejecutar dicha investigación que es importante para la profesión odontológica.

Atentamente,

Lima, 12 de mayo del 2017.


Anibal Alexis Espinoza Castañeda
DNI: 47845785
alexis_ec93@hotmail.com
993817706

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha Contra la Corrupción"

CARGO

Comas, 24 de Mayo del 2017

Licenciada:
Nora Baltodano Gutierrez
Coordinadora del Servicio de Enfermería
Hospital Marino Molina Scippa
ESSALUD - RDS

Presente.-

ASUNTO: Solicito autorización de campo clínico para ejecución de tesis para optar el Título de Cirujano Dentista

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez presentar al bachiller **ANIBAL ALEXIS ESPINOZA CASTAÑEDA**, egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien tiene el interés de ejecutar su tesis para optar el título de Cirujano Dentista, cuyo nombre de la investigación es "Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años" que es un estudio tipo descriptivo, prospectivo y observacional, cuya ejecución se basará en la realización de encuestas a las madres pertenecientes del Programa Crecimiento y Desarrollo del Hospital Marino Molina Scippa, a la cual adjuntamos como anexo el instrumento a aplicar.

Por tal motivo, mucho agradeceré a Usted le brinde al bachiller en mención las facilidades y consideraciones del caso, a fin de que se pueda cumplir sus objetivos trazados.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente es propicia la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial deferencia.

Atentamente,


Mg. C.D. Lourdes Ángela Benavente Lipa
Asesora de la Investigación

Dr. LOURDES BENAVENTE LIPA
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 000
HOSP. MARINO MOLINA SCIPPA
Rta. Antisepsia - Catagol 5.
- Essalud -


LIC. NORA BALTODANO GUTIERREZ
Coordinadora de Enfermería
Hosp. Marino Molina Scippa
RED DESCENTRALIZADA SADIACAL

The photograph shows a collection of items on a metallic surface. On the left, there are boxes of 'Neuro Complete' medication, one labeled 'medicina homeopática'. Next to them is a yellow mesh pen holder containing various colored pens and pencils. A small red toy car sits in front of the pen holder. To the right of the pen holder is a clear plastic bottle of 'Alcohol Medicinal' and a white plastic container. Further right is a green calendar for May 2017, featuring a photo of a woman. Below the calendar is a book titled 'Colicos en los bebés'. In the foreground, there are several papers. One prominent paper is a form titled 'Escala de Prácticas para el Diagnóstico del Desarrollo de los Niños', which includes sections for patient information, a list of activities, and a table for recording observations. Another paper shows a colorful illustration of children playing. The background is slightly blurred, showing more of the same items and a glimpse of a chair.







